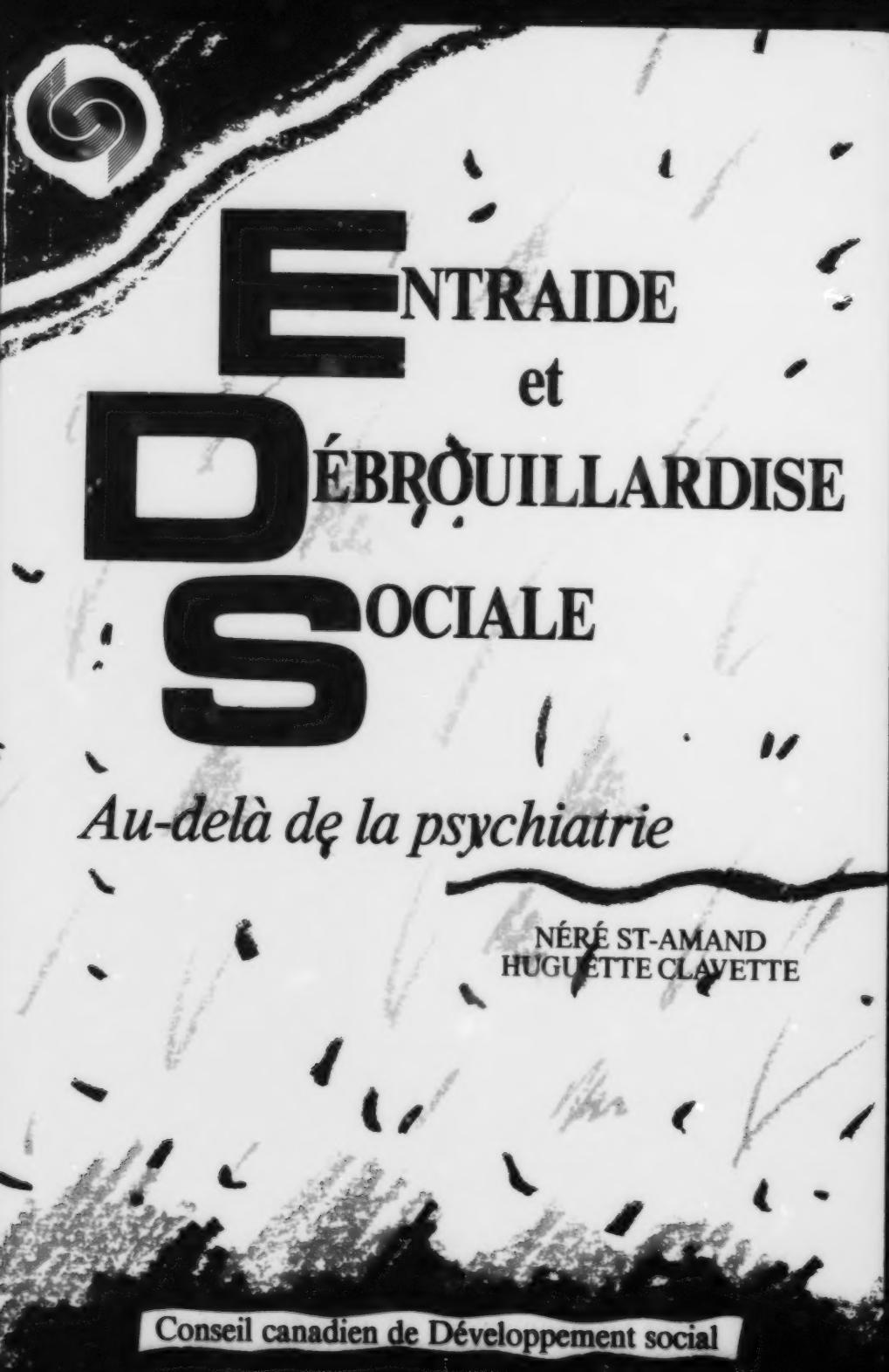

ENTRAIDE et DÉBROUILLARDISE SOCIALE

Au-delà de la psychiatrie

NÉRÉ ST-AMAND
HUGUETTE CLAVETTE

Conseil canadien de Développement social

✻ ✻ ✻

Entraide et débrouillardise sociale

Au-delà de la psychiatrie

✻ ✻ ✻

❋ ✱ ❋

Entraide et débrouillardise sociale

Au-delà de la psychiatrie

❋ ✱ ❋

Néré St-Amand
Huguette Clavette

Cette publication, de même que la recherche
sur laquelle elle est fondée, ont été rendues possibles
grâce à une subvention du Programme de subventions nationales
au bien-être social, Santé et Bien-être social Canada

Conseil canadien de Développement social
Ottawa / Montréal

93-00262/

Droits d'auteurs © 1991 du Conseil canadien de Développement social. Tous droits réservés. Aucune partie du présent ouvrage ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, ni selon tout autre système informatisé de mise en mémoire ou de recherche des données, sans la permission écrite de l'éditeur.

Les analyses et opinions présentées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne réflètent pas nécessairement la position ni les politiques du Conseil canadien de Développement social.

Données de catalogage avant publication (Canada)
St-Amand,Néré
Entraide et débrouillardise sociale

Comprend des références bibliographiques.
ISBN 0-88810-411-1

1. Groupes d'entraide. 2. Personnel de santé mentale communautaire. 3. Psychiatrie communautaire. I. Clavette, Huguette, 1951- . II Conseil canadien de développement social. III. Titre.

RC480.5.S34 1991 362'.0425 C91-090364-6

Montage : Michel Henry
Imprimé et relié au Canada par Love Printing Services Ltd.
Graphisme de la couverture : Barbara Szoka

Publié par :
Le Conseil canadien de Développement social,
55, av. Parkdale, C.P. 3505, Succursale C,
Ottawa (Ontario) K1Y 4G1
Tél : (613) 728-1865. Télécopieur : (613) 728-9387

Aux neuf personnes qui
ont bien voulu partager
leur intimité avec nous

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE xi

INTRODUCTION
UNE QUESTION DE SURVIE 1

PREMIÈRE PARTIE
APERÇU THÉORIQUE ET HISTORIQUE

CHAPITRE 1 : L'AIDE – LA SOLIDARITÉ – L'ENTRAIDE 7

Le contexte historique de l'aide 8
L'aide dans les sociétés industrielles 10
La coopération, la solidarité et l'entraide 14
L'aide professionnelle et l'entraide : orientation de la recherche 18

CHAPITRE 2 : L'ENTRAIDE ET LES REMISES EN QUESTION : L'ÉTAT-PROVIDENCE ET LE PROFESSIONNALISME 21

Les remises en question de l'État-providence 22
Le désengagement de l'État 24
La déprofessionnalisation des services 28
Le réseau primaire, le bénévolat et l'entraide : une différence de statut 31
Le bénévolat 34
L'entraide 36
L'entraide bureaucratisée 38

CHAPITRE 3 : L'ENTRAIDE ET LA SANTÉ MENTALE : QUELLES ALLIANCES? 39

La pratique privée et la pratique institutionnelle : les beaux cas et les exclus 41
L'aide naturelle et l'entraide en santé mentale 44

DEUXIÈME PARTIE
LES ENTRAIDANTS NOUS PARLENT

CHAPITRE 4 : UN CHOIX DE QUESTIONS ET DE MÉTHODES 51

L'orientation de l'étude 51
L'utilisation des récits de vie 55
Le choix d'un modèle d'analyse 58
Les concepts de trajectoire et de débrouillardise sociale 59
L'analyse des récits 61

CHAPITRE 5 : LE RÉSEAU PRIMAIRE 63

Alfred 64
Bernard 67
Charles 70
Denise 72
Fernand 74
Hermance 76
Lorraine 79
Serge 83
Simon-Pierre 85
Conclusion : le rapport au réseau primaire 88
Le réseau familial 89
Le réseau social ou d'amitié 93

CHAPITRE 6 : L'AIDE PROFESSIONNELLE ET INSTITUTIONNELLE 97

Alfred 98
Bernard 101
Charles 103
Denise 105
Fernand 106
Hermance 107
Lorraine 109
Serge 111
Simon-Pierre 113
Conclusion : le rapport à l'aide professionnelle 115

CHAPITRE 7 : L'ENTRAIDE 123

Alfred 124
Bernard 128
Charles 129
Denise 130

Fernand 131
Hermance 133
Lorraine 135
Serge 136
Simon-Pierre 137
Conclusion : le rapport à l'entraide 139
Les parcours qui mènent à l'entraide 140
Les groupes d'entraide, un abri et un lieu d'épanouissement 141
Les diverses formes d'entraide 142
Une forme d'intervention concrète 143

CONCLUSION : LA DÉBROUILLARDISE SOCIALE ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE 147

Les stratégies de survie dans un contexte de vulnérabilité ... 149
L'intervention professionnelle et l'organisation bureaucratique des services 154
Les conséquences de cette recherche pour la formation professionnelle 156
Le sens de l'alternative dans nos sociétés en mutation . 159

BIBLIOGRAPHIE 163

PRÉFACE

Il nous est rarement offert de suivre pas à pas les efforts de personnes aux prises avec des troubles mentaux chroniques, efforts face aux défis de la vie quotidienne mais aussi face aux préjugés qu'entretient la société à leur égard. Grâce à l'histoire d'Alfred, de Bernard, de Charles, de Denise et de cinq autres personnes, rapportée dans cet ouvrage, l'entraide reprend sa place véritable dans cette quête de sens et de sécurité affective particulière à chaque individu. Famille, ami-e-s, professionnel-le-s de la santé et des services psycho-sociaux, défilent tour à tour dans leur vie, les accompagnant ou les brimant, source de réconfort ou d'aliénation. Le choix des auteurs de raconter l'histoire de vie de chacune de ces personnes, afin de cerner leurs contacts avec leur entourage immédiat et avec les intervenant-e-s professionnel-le-s et de mettre en lumière leur style de recherche d'aide, nous fait mieux comprendre comment l'entraide se démarque des autres formes d'aide.

Il s'agit d'ailleurs d'un ouvrage fournissant une perspective originale sur l'entraide, à deux points de vue tout au moins. Premièrement, le recours à la méthode des récits de vie où les personnes relatent leur histoire personnelle avec leurs difficultés et leurs réussites, s'avère un choix judicieux de la part des chercheurs. Les études sur l'entraide ont jusqu'à ce jour privilégié la recherche quantitative, même quand il s'agissait de donner la parole aux personnes connaissant des difficultés. Il existe bien sûr quelques ouvrages qui racontent la vie de personnes aux prises avec des troubles mentaux ou encore avec le système de santé. Ce texte-ci s'en distingue par la place de choix qu'il réserve au vécu de plusieurs personnes et par l'analyse thématique qui en est faite, en particulier autour des concepts de **trajectoire sociale** et de **débrouillardise sociale** les amenant à améliorer leur sort. Il est fort intéressant d'être témoin, grâce aux récits de vie, de la débrouillardise sociale de ces gens plus souvent décrits par leurs déficiences. Ce livre

nous rappelle le peu de considération accordée au point de vue des usagers et usagères de services dans le domaine de la santé mentale et la bouffée d'air frais que peut leur apporter l'insertion dans des réseaux d'entraide.

Deuxièmement, se situant d'emblée au sein d'une perspective critique de tradition européenne, les auteurs rafraîchissent l'analyse usuelle de l'entraide, qui néglige les liens avec les institutions sociales et les processus interactifs déjà en place. La discussion des concepts de réciprocité et d'échange, même si les sources de références sont partielles, est néanmoins très intéressante parce que peu fréquente dans les écrits classiques sur les groupes d'entraide. Les limites de l'entraide sont également envisagées de façon novatrice.

Un chapitre approfondit par ailleurs de façon particulière le rapport entre l'entraide et les groupes d'entraide à la lumière des récits de vie. Ceci fournit l'occasion de parler des valeurs des divers réseaux d'aide, c'est-à-dire le réseau familial et professionnel ainsi que les groupes d'entraide.

Sans être exhaustif, ce regard critique nous amène à revoir certains de nos schèmes préconçus, en particulier notre approche missionnaire vis-à-vis des groupes d'entraide et un certain automatisme de rejet des pratiques professionnelles. Une telle lecture nous rappelle que l'entraide ne saurait devenir le but en soi des interventions communautaires ou professionnelles. Il s'agit toutefois d'un processus à encourager.

Les auteurs terminent d'ailleurs par une réflexion sur la formation des intervenant-e-s en service social qui s'applique à toutes les professions centrées sur l'aide. En effet, cette réflexion découle de leur recherche et repose finalement sur les observations de personnes ayant vécu la psychiatrie, ce qui la rend d'autant plus importante en cette période de remise en question des services professionnels.

FRANCINE LAVOIE, Ph.D.,

professeure à l'École de psychologie de l'Université Laval

INTRODUCTION

UNE QUESTION DE SURVIE

> *Les psychiatres traitent la maladie, mais ils ne traitent pas vraiment ... ils médicalisent la misère ... ils maquillent le problème.*
>
> Alfred

L'histoire du rôle des regroupements informels dans la survie et le développement de l'humanité reste, en grande partie, à faire. Peter Kropotkin, l'un des historiens qui ont su illustrer cet autre versant de l'histoire de nos civilisations, fondée non pas sur les guerres, les exploits et les conquêtes, mais sur les réseaux de solidarité et d'entraide entre hommes et femmes et entre regroupements sociaux, abonde dans ce sens. Il soutient que le dénominateur commun du développement de l'espèce humaine réside dans sa capacité de se regrouper, de s'entraider :

> *Mais nous constatons aussi que c'est la pratique de l'entraide et ses évolutions successives qui ont créé les conditions de vie sociale dans lesquelles l'homme a pu développer ses talents, sa connaissance et son intelligence et que les périodes où les institutions fondées sur la tendance à s'entraider ont connu leur plus grand essor furent aussi les périodes de plus grand développement des arts, de l'industrie et de la science* (Kropotkin, édition 1989, p. 296, traduction libre).

Heureusement, depuis quelques décennies déjà, les sciences sociales se détournent de l'analyse quasi exclusive

des structures formelles de l'organisation sociale. Les analystes sont de plus en plus attentifs aux structures informelles et aux réseaux de solidarité qui foisonnent avec ou sans l'appui des grandes organisations. C'est dans cet esprit que nous entreprenons notre étude.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet qui vise à jauger l'incidence des mouvements d'entraide en santé mentale au Canada et l'influence de nouveaux acteurs sociaux sur la formation professionnelle en service social ainsi que sur la pratique de la relation d'aide.

Pour évaluer l'importance des réseaux d'aide, nous avons d'abord tenté de nous distancer des discours se rattachant déjà au sujet, tant ceux exclusivement favorables à l'entraide que ceux légitimant inconditionnellement les ressources professionnelles et étatiques.

Plutôt que de prendre parti au départ pour l'une ou l'autre des ressources d'aide disponibles, nous avons choisi de nous introduire, le plus discrètement possible, dans l'intimité de neufs personnes qui ont bien voulu nous raconter leurs allées et venues entre leurs familles, leurs ami-e-s, les psychiatres, les services hospitaliers et les groupes d'entraide. Cette incursion dans leur vie a été possible grâce à la méthode des récits de vie.

Ces récits nous ont permis de suivre les trajectoires individuelles et de saisir les circonstances qui mènent à la prise en charge institutionnelle ou communautaire des personnes en difficulté, ainsi que le processus de leur réflexion et de leur recherche d'autonomie. Nous avons pu ainsi comprendre comment ces personnes sont passées – et passent encore – d'un réseau à un autre, d'une ressource à une autre. Nous avons plus particulièrement étudié les continuités et les ruptures entre les **réseaux primaires**, les **services professionnels** et les **organismes d'entraide**. Et, dans ces cheminements, nous avons analysé de façon attentive l'importance de l'adhésion et de la participation à

un groupe d'entraide, élément de survie et de solidarité pour celles et ceux qui sont «tombés entre les craques» comme dira l'une d'elles. Nous avons découvert que l'entraide prend toutes sortes de formes au gré des aléas de la vie. C'est alors que le terme «débrouillardise» nous est apparu le plus approprié pour refléter les multiples détours empruntés par ces personnes pour survivre ou s'épanouir dans des contextes particulièrement difficiles.

Comme toile de fond, nous avions une préoccupation de départ : celle du contenu de la formation professionnelle dans le cadre de l'émergence de réseaux souvent perçus comme menaçants par les professionnel-le-s. En fait, ces réseaux, fondés sur les talents d'aidants naturels des populations, ne mettent-ils pas à jour les limites des solutions professionnelles en santé mentale? Nous avons voulu savoir si l'émergence des réseaux d'entraide peut nous inviter à changer le sens et le contenu de la formation des futurs intervenants et intervenantes dans le champ social. Pour ce faire, nous n'avons pas étudié directement les programmes de formation professionnelle en service social. Nous nous sommes plutôt préoccupés de capter les messages que les neuf personnes interrogées envoient aux professionnels qu'elles côtoient. En conclusion, nous en avons dégagé les conséquences pour la formation.

Au fur et à mesure que notre projet évoluait, nous avons acquis la conviction que les réseaux de solidarité et d'entraide se doivent d'être reconnus et valorisés par tous les acteurs sociaux concernés, qu'ils soient dans le domaine de la gestion, dans le champ de la pratique ou de la formation. Négliger cet aspect, c'est risquer de ne pas recevoir les signaux que tentent de nous transmettre celles et ceux qui sont au centre même de nos préoccupations et de nos interventions. Ces acteurs que nous considérons souvent comme passifs (nos «clients» ou nos «cas») se prennent en charge collectivement, plutôt que de se laisser «traiter» ou «aider» par des professionnel-le-s qui ignorent souvent le

contexte de leur vie quotidienne et qui leur proposent des solutions mal adaptées à leur vécu.

L'organisation de ce livre traduit la démarche que nous avons suivie. En première partie, nous invitons les lecteurs et les lectrices à un tour d'horizon théorique et historique de la problématique de l'entraide. Ils ou elles y trouveront un cadre d'analyse large et pourront se familiariser avec les principaux auteurs, chercheurs et penseurs qui travaillent dans ce domaine. Il sera ainsi possible de cerner la diversité des approches utilisées pour étudier l'entraide dans nos sociétés modernes. En revanche, les personnes qui préfèrent aller le plus rapidement possible aux récits de vie peuvent passer tout de suite à la deuxième partie, quitte à revenir ensuite à l'aperçu historique et théorique.

La deuxième partie nous plonge dans les témoignages. Après un exposé concis de la méthodologie de la recherche, au chapitre 4, nous consacrons le reste du texte aux récits des personnes qui ont accepté de partager une tranche de leur vie avec nous. Pour faciliter la lecture du texte, nous avons légèrement reformulé leurs citations en faisant scrupuleusement attention de ne pas modifier le sens original de la narration. Les noms sont fictifs et les témoignages sont organisés suivant trois axes : le chapitre 5 expose les rapports au réseau primaire, le chapitre 6 présente les rapports au réseau d'aide professionnelle et le chapitre 7, les rapports au réseau d'entraide.

La conclusion s'efforce de tirer les enseignements, en particulier pour la formation professionnelle en service social, des témoignages que nous avons analysés tout au long de l'ouvrage.

Dans tous les cas où le sexe des personnes n'était pas défini, nous avons parfois doublé le masculin et le féminin en tentant de ne pas trop alourdir le texte. Par ailleurs, à d'autres endroits, nous avons utilisé l'un *ou* l'autre genre pour désigner les deux sexes.

PREMIÈRE PARTIE

APERÇU THÉORIQUE ET HISTORIQUE

1

Le fait social est construit contre l'illusion du savoir immédiat.

P. Bourdieu

L'AIDE — LA SOLIDARITÉ — L'ENTRAIDE

Depuis une dizaine d'années, les analystes qui se sont penchés sur l'entraide l'ont souvent présentée par opposition à l'aide professionnelle. Selon une telle approche, il suffit presque de définir chacune des caractéristiques de l'aide professionnelle et d'en établir les contraires pour en arriver à la définition de l'entraide. Dans ce contexte, ces deux formes d'aide s'excluent presque automatiquement.

Notre objectif consiste ici à saisir non seulement les divergences, mais aussi les convergences entre l'aide professionnelle et l'entraide. C'est sur un continuum «d'aide» que nous nous situons au départ. Pour ce faire, il nous a semblé important d'interroger les concepts d'aide et d'entraide dans leurs fondements historiques et idéologiques. Voilà pourquoi nous tentons, avant de présenter les récits de vie comme tels, de situer la spécificité de toute relation d'aide dans les sociétés industrialisées afin d'en dégager les tendances, les convergences et les divergences.

La difficulté inhérente à l'étude de l'aide est liée au fait que ce terme est lourd de sens commun. Comment décrire l'aide sans évoquer l'idée profondément ancrée dans nos

esprits selon laquelle nous avons affaire à un geste gratuit, un élan spontané, une initiative désintéressée? En d'autres termes, est-il possible de parler scientifiquement de l'aide, de construire le concept d'aide en se détachant de cette prénotion de don et de gratuité?

Avant d'aborder l'étude de ce concept dans nos sociétés modernes, jetons un bref regard sur les analyses de l'aide formulées dans le contexte des sociétés préindustrielles.

Le contexte historique de l'aide

Il revient aux anthropologues d'avoir mis à nu la «fonction mystificatrice» de l'aide dans les sociétés précapitalistes. En étudiant le système d'échange (don et contre-don) de ces sociétés, Marcel Mauss conclut que le don est un *mensonge social* puisqu'il crée l'impression du désintéressement là où, en réalité, des intérêts non manifestes, non explicites mais bien présents sont en jeu. Selon lui, le don comporte toujours l'obligation de rendre. Dans les sociétés primitives, dit-il, «les échanges et les contrats se font sous la forme de cadeaux, en théorie volontaires, en réalité obligatoirement faits et rendus.» (Mauss, 1950, p.147)

Pierre Bourdieu, de son côté, va dans le même sens lorsqu'il étudie le travail symbolique des sociétés traditionnelles. La stabilité et la continuité de leurs structures sociales reposent en grande partie sur le caractère personnel et affectif des relations que les individus entretiennent entre eux. La personnalisation des relations est un moyen d'assurer le contrôle social, c'est-à-dire un moyen d'obtenir la garantie que les individus sont de bonne foi et respectent les conventions établies et acceptées par la communauté. Cette forme de contrôle social ne va pourtant pas de soi, puisque la proximité des individus crée aussi un terrain favorable à l'affrontement des rivalités. C'est en bonne partie pour maintenir l'harmonie et la paix sociale qu'entrent en jeu les pratiques de don-échange en même temps que le

discours officiel sur la gratuité des échanges. Ce discours a pour effet de «transfigurer les transactions de réciprocité», les échanges de cadeaux et de dons, de manière à cacher l'aspect «donnant-donnant» qui les sous-tend :

> *[...] le travail symbolique vise à transmuer, par la fiction sincère d'un échange désintéressé, les relations inévitables et inévitablement intéressées qu'imposent la parenté, le voisinage ou le travail, en relations électives de réciprocité et, plus profondément, à transformer les relations arbitraires d'exploitation (de la femme par l'homme, du cadet par l'aîné ou des jeunes par les anciens) en relations durables parce que fondées en nature.* (Bourdieu, 1980, p. 191)

Voilà qui nous amène à proposer que le caractère spontané et désintéressé du système d'échange de cadeaux et de dons des sociétés archaïques appartient au champ idéologique et vise à camoufler certains rapports de pouvoir et de domination. Les individus en présence sont évidemment loin d'être tous égaux économiquement et socialement. Par rapport à ces inégalités de statut, les anthropologues utilisent souvent l'expression de «patronage» ou de «relations patron-client», pour désigner les rapports asymétriques ou les hiérarchies informelles qui existent entre les individus et les groupes. Ces rapports inégaux ne peuvent se maintenir de manière relativement harmonieuse et durable, rappelle Bourdieu, que si les individus et les collectivités oublient ou négligent de reconnaître le mécanisme objectif de l'échange, c'est-à-dire les intérêts en jeu et les fins égoïstes qui les sous-tendent.

Selon Jean-Philippe Platteau, le discours sur la gratuité des échanges dans les société archaïques et celui sur l'aide dans nos sociétés contemporaines sont exactement les mêmes et remplissent la même fonction.

> *Voilà donc la raison profonde pour laquelle le modèle patron-client est officiellement présenté comme une relation parents-enfants : la référence familiale per-*

met de masquer la nature asymétrique du lien qui unit le patron à son client. Le discours sur l'aide remplit rigoureusement la même fonction. En disant que le patron «aide» son client, on dissimule le fait qu'il le domine, car «la main qui donne est toujours au-dessus de celle qui reçoit» (proverbe africain), et «donner, c'est manifester sa supériorité» tandis qu'accepter sans être capable de rendre, ou de rendre autant (sur le plan matériel), «c'est se subordonner, devenir client et serviteur, devenir petit, choir plus bas». (Platteau, 1986, p. 186)

L'aide dans les sociétés industrielles

S'il est possible d'accepter sans trop de mal que le discours sur la gratuité des échanges, dans les sociétés traditionnelles, a pour fonction ultime de masquer les enjeux véritables des relations afin de rendre acceptables les réseaux de pouvoir et les jeux d'intérêts qui leur sont sous-jacents, est-il possible d'appliquer ce type d'analyse aux relations d'aide pratiquées dans nos sociétés industrielles de type capitaliste? Dirions-nous, comme Jean-Philippe Platteau, que nos pratiques actuelles d'aide en Occident ont toujours une fonction mystificatrice, c'est-à-dire qu'elles dissimulent inévitablement des rapports d'inégalité et des jeux d'intérêts?

Avant de tenter de fournir quelques éléments de réponse à cette question, précisons certaines caractéristiques spécifiques des sociétés capitalistes.

Ces sociétés ont pour caractéristique essentielle de dévoiler, de démasquer les intérêts en jeu dans les relations d'échange. Plus particulièrement dans le monde du travail et dans celui de la consommation, les relations entre les individus ne sont plus aussi fortement personnalisées que dans les sociétés traditionnelles et les échanges s'effectuent dans un lieu commun et abstrait : le marché. Dans ce contexte, les parties contractantes ne sont pas nécessaire-

ment liées par des liens affectifs et peuvent négocier ouvertement les termes de l'échange selon leurs intérêts propres et les rapports de force en présence. Les hiérarchies et les inégalités informelles des sociétés traditionnelles sont maintenant devenues formelles, structurées et officielles. L'échange est maintenant soumis à des conditions claires, marchandables.

Dans le rapport d'échange marchand, il n'est donc pas nécessaire de recourir à un artifice du discours, de prétendre à la gratuité, pour permettre au contrat de se conclure et de perdurer. Voilà qui semble expliquer pourquoi, d'une façon générale, le discours sur l'aide est évacué du rapport marchand. Lorsqu'un garagiste répare une voiture, il n'aide pas son client. En ce sens, nous dirions, avec Jean-Philippe Platteau, qu'il ne convient pas d'utiliser le concept d'aide dans un contexte d'échanges monétarisés ou de transactions de marché. En fait, dans les sociétés capitalistes avancées où prévaut la loi du marché, les relations d'aide ont normalement cédé le pas aux relations donnant-donnant.

Cependant, les rapports marchands n'ont pas encore conquis toutes les sphères de la société. Dans certains espaces sociaux subsistent toujours des relations de type précapitaliste ou non marchand; c'est le cas de la famille et, jusqu'à tout récemment, de l'agriculture paysanne. Mais les pratiques d'aide ne se confinent pas à ces seules sphères. Au contraire, l'utilisation du terme «aide» a pris une nouvelle ampleur dans nos sociétés. S'agit-il alors d'un abus de langage, d'un héritage langagier vide de sens ou encore et toujours d'un mensonge social?

Nous ne pouvons passer en revue toutes les pratiques actuelles qualifiées de relations d'aide, mais il importe d'en distinguer quelques-unes. Mentionnons d'abord l'aide aux pays sous-développés où, dans bien des cas, les sommes d'argent transférées ne sont que des subventions au commerce extérieur des pays «aidants» et, du même coup, un moyen d'inféoder davantage les pays «aidés». Cette forme

d'aide est liée à des projets bien spécifiques qui répondent davantage aux besoins et aux priorités de développement des pays industrialisés; souvent les promoteurs des projets d'aide ne sont pas conscients des besoins de base des pays dépendants et ne s'y intéressent pas. Ils visent en priorité les retombées sociales, politiques et économiques du don initial. Il s'agit sans contredit, dans ces cas, du mensonge de l'aide au sens où l'entendaient Marcel Mauss et Pierre Bourdieu.

Plus près de nous et compte tenu de la nature de notre recherche, deux discours sur l'aide nous intéressent plus particulièrement : l'aide aux populations démunies et l'aide fournie par les professionnels à leurs clients.

Les mots «client» et «clientèle» reviennent souvent dans ce texte. Ces termes, couramment utilisés par les professionnels, désignent les «bénéficiaires» de leurs services. L'utilisation de ces vocables a été retenue pour mettre en évidence le rapport de pouvoir qu'implique cette relation. Le mot «patient» sera aussi utilisé à l'occasion pour souligner la passivité du bénéficiaire.

Dans nos sociétés, des transferts de fonds aux populations démunies ont toujours cours. L'État est investi de missions économiques et sociales importantes d'égalisation des chances, au moyen d'une redistribution des revenus prélevés, grâce à divers mécanismes de taxation; de telles mesures servent à atténuer les conséquences les plus dures et les plus évidentes du fonctionnement débridé des forces du marché.

Au Canada, par exemple, deux types de programmes sociaux coexistent. Les *mesures de sécurité sociale* visent l'ensemble de la population et constituent une sorte de garantie ou d'assurance contre les risques sociaux. Ces programmes universels (c.-à-d. assurance-maladie, pensions de vieillesse) sont fondés sur la reconnaissance de droits sociaux, politiques et civils revendiqués et conquis par les

populations. Les mesures de sécurité sociale coexistent avec des *programmes sélectifs* qui visent non pas la population en général, mais des groupes cibles considérés comme plus démunis. «L'aide sociale», contrairement à la sécurité sociale, est toujours reliée «à une idée de charité et place le quémandeur dans une humiliante situation d'infériorité [...]» (Berger, 1986, p. 137).

Selon Jean-Philippe Platteau, parler d'aide sociale est un abus de langage. Il ne s'agit pas ici de pratiques d'aide mais bien de pratiques d'assistance, parce que le rapport de dépendance est dévoilé ouvertement comme tel, sans que l'assisté ne soit mis dans l'obligation (explicite ou implicite) de rendre quoi que ce soit.

> *À notre sens, c'est bien d'assistance, et non d'aide, qu'il s'agit ici. L'aide est un geste qui se présente comme un acte désintéressé de donation unilatérale alors qu'en réalité il existe une réciprocité que la désignation d'aide vise précisément à dissimuler. Au contraire, l'assistance renvoie à un transfert (véritablement) unilatéral qui se déclare et ose se déclarer ouvertement comme tel.* (Platteau, 1986, p. 202)

Contrairement à l'aide, l'assistance ne cache pas son jeu; de telles pratiques révèlent au grand jour la situation de totale dépendance des assistés à l'égard des fournisseurs et fournisseuses de services : «l'assistance ne fait en réalité que rendre publics les mécanismes de violence structurelle du mode de production capitaliste qui fonctionne toujours au moyen de processus de sélection-exclusion ou de «destruction créatrice». (Platteau, 1986, p. 204) Le terme «assistance» conviendrait mieux parce qu'il traduit une relation à sens unique et inégalitaire.

Qu'en est-il maintenant de l'aide que les professionnels offrent à leurs clients? Selon Jean-Philippe Platteau, il s'agit ici aussi d'un abus de langage : le professionnel et son client sont dans un rapport d'échange marchand où une

personne est payée pour le service qu'elle offre. Selon lui, le recours au langage de l'aide dans de tels cas joue le même rôle mystificateur que dans les sociétés archaïques.

> *Par exemple, l'image du médecin qui «aide» ses malades peut tromper dans la mesure où elle incite ces derniers à investir affectivement leur médecin et à attendre de lui un dévouement total. Les patients risqueraient d'être déçus en constatant que le médecin se borne à fournir des prestations étroitement circonscrites mais qu'il n'oublie jamais d'exiger le montant de ses honoraires, quel que soit par ailleurs le résultat de la thérapie administrée.* (Platteau, 1986, p. 204)

Certains pourront soutenir qu'il est exagéré d'affirmer que les médecins et les autres professionnels agissent en marchands de soins. Dans une société marchande, les professionnels peuvent certes fournir des services selon un code d'éthique déterminé, sans pour autant présenter leurs prestations comme de l'aide, c'est-à-dire sans prétendre à la gratuité.

La coopération, la solidarité et l'entraide

Si, dans nos sociétés, les populations démunies sont assistées et si les professionnels offrent des services, peut-on dire que ces pratiques recouvrent l'ensemble des «relations d'aide»? En d'autres termes, existe-t-il un espace pour des pratiques qui se dissocient du «mensonge de l'aide» mais qui ne se placent ni sous le signe du rapport marchand ni sous celui du rapport asymétrique de l'assistance?

Certain-e-s auteur-e-s répondent par l'affirmative et pour tenir compte de ces pratiques, ils citent en exemple les mouvements de **coopération** et de **solidarité**. De plus, depuis quelques décennies, la pratique de **l'entraide** est souvent présentée comme une formule de rechange à «l'aide» professionnelle et institutionnelle.

Selon Jean-Philippe Platteau, les relations de solidarité correspondent, sur le plan social, aux relations d'amitié au niveau interpersonnel.

> *Dans les pratiques dites de coopération et de solidarité, on retrouve la même transparence ou la même vérité des rapports qui caractérisent l'échange marchand et les institutions d'assistance [...] Comme dans le cas de l'assistance - mais pas dans celui de l'échange marchand - un apport unilatéral a lieu puisqu'il n'est pas effectué dans l'attente d'un geste de réciprocité : même la reconnaissance n'est pas exigée.* (Platteau, 1986, p. 210)

Les pratiques de solidarité ne comporteraient alors aucun enjeu caché; il s'agirait de gestes unilatéraux, dont rien n'est attendu en retour. De plus, le bénéficiaire ne se bornerait pas à recevoir ce que l'intervenant veut bien lui donner, mais disposerait d'un espace d'autonomie où il pourrait définir ses propres besoins. En d'autres termes, les pratiques de solidarité changeraient les relations asymétriques ou inégalitaires de l'assistance en relations symétriques parce que ces pratiques seraient axées sur les demandes et les besoins des bénéficiaires. La solidarité n'entraînerait pas leur humiliation puisqu'ils jouent un rôle actif dans la relation. De surcroît, dans ce rapport, le coopérant ou l'ami n'a pas besoin de dire qu'il aide, c'est-à-dire «d'imposer une dette symbolique qui pèsera sur le bénéficiaire». (Platteau, 1986, p. 210)

Cette définition de la solidarité rejoint celle généralement admise de l'entraide. Par exemple, selon Jean-Marie Romeder, les trois caractéristiques des mouvements d'entraide sont le *vécu commun et la résonnance*, l'*action gratuite et libre* et les *rapports d'égalité*.

La gratuité des services est souvent citée comme un trait caractéristique de l'entraide, ce qui l'oppose, sur ce point du moins, aux services professionnels. Celle ou celui qui fournit de «l'aide» à une personne dans le besoin, dans un

groupe d'entraide, ne s'attend à aucune rémunération ni à une compensation directe de la part de l'autre. C'est un acte unilatéral qui n'attend rien en retour, répondant ainsi à la définition de la solidarité. La solidarité et l'entraide se feraient sous le signe de la gratuité. Et pourtant, les mêmes analystes de l'entraide s'entendent pour dire que la personne «aidante» est aussi «aidée», c'est-à-dire qu'elle retire certains bénéfices du processus, de l'interaction.

> *Fréquemment, dans les groupes d'entraide, comme cela arrive aussi dans la vie courante, une personne donnera de l'aide ou un service à un autre membre du groupe sans la moindre attente de retour. En revanche, il y a souvent espoir de retour, même si cette réciprocité n'est pas attendue pour l'immédiat ou directement (de la part de la personne qu'on a aidée). En cela, l'entraide dans les groupes ressemble à l'entraide dans certaines familles : si on a aidé son frère ou sa sœur dans le besoin, on s'attend, en cas de difficulté personnelle, à recevoir à son tour de l'aide d'un membre de sa famille, mais pas nécessairement de celui ou celle qu'on a déjà aidé.* (Romeder, 1989, p. 30-31)

Le propre ou le génie de l'entraide réside justement dans le fait que non seulement l'entraidant ou l'entraidante donne de l'aide, mais elle en reçoit en retour. Même si elle ne reçoit pas directement de services, elle en retire des «avantages secondaires» comme l'estime de soi et la valorisation de la part des autres. Elle en retire, pour reprendre Bourdieu, du capital symbolique.

Si nous acceptons, à l'exemple de Bourdieu, de refuser de «suspendre la loi de l'intérêt» même dans les pratiques d'entraide ou de solidarité, le discours sur la «gratuité de l'entraide» pourrait, à son tour, être qualifié de mystificateur.

Par ailleurs, la solidarité et l'entraide sont tous deux placés sous le signe de l'égalité entre les individus.

> *L'égalité consiste à s'accepter et à se comporter comme des égaux, en sachant mettre de côté ses différences,*

considérées généralement comme superficielles et non pertinentes à la situation. Les membres de nombreux groupes d'entraide ont bien reconnu et compris l'importance de l'égalité. Ils savent que l'aide fournie par l'entraide tire toute sa force du sentiment d'égalité qu'éprouve l'aidant à l'égard de l'aidé et réciproquement. C'est avant tout la souffrance ou la crise qui contribue à susciter ce sentiment d'égalité. (Romeder, 1989, p. 32)

Bien sûr, l'auteur admet que les relations égalitaires sont difficiles à atteindre et ne vont pas de soi. En d'autres termes, partir des besoins du bénéficiaire n'élimine pas automatiquement les relations asymétriques ou inégalitaires.

L'analyse des mouvements d'entraide démontre clairement d'ailleurs que la question du leadership se pose à l'intérieur de ces groupes et que les rapports de pouvoir n'y sont pas nécessairement éliminés. Certains groupes ont même élaboré des règles afin d'éviter que se développent des rapports de dépendance (rapport maître-élève) entre un parrain et un nouveau venu; d'autres ont prévu une rotation des membres aux postes de direction ou encore une forme participative de gestion des dossiers administratifs.

Poser que les rapports égalitaires sont une caractéristique de l'entraide et de la solidarité relève du champ idéologique, tout comme le discours sur la gratuité de l'entraide. Selon Claude Larivière, le discours sur les rapports égalitaires risque, dans bien des cas, d'occulter les rapports de pouvoir au sein du groupe : «Il nous est apparu que, dès que l'égalitarisme était présenté comme un objectif recherché par beaucoup de groupes, un fossé se creuse entre discours et réalité». (Larivière, in Alary, 1988, p. 37)

Nous devons donc admettre qu'ici aussi, un certain discours sur la solidarité et l'entraide peut contribuer à camoufler les difficultés inhérentes à ces pratiques.

L'aide professionnelle et l'entraide : orientation de la recherche

Débat houleux et passionné que celui qui oppose souvent les deux «camps» de l'aide professionnelle et de l'entraide. Les travers bureaucratiques et les effets de dépendance qui découlent des services professionnels ont été largement analysés. Il semble indéniable que les groupes d'entraide, nés d'une volonté de prise en charge des populations ayant besoin d'aide, ne vivent pas tous ces difficultés au même degré. Toutefois, tant du point de vue des structures sociales que de celui de l'efficacité des services, nous refusons de poser d'emblée la supériorité absolue de l'entraide sur l'aide institutionnelle parce que nous savons que le contrôle social et les rapports de pouvoir y sont aussi à l'œuvre. Les «pièges de l'aide» nous semblent difficilement contournables.

Nous n'étudions donc pas les solidarités sans tenir compte du contrôle social. Nous affirmons d'emblée qu'il n'y a pas de solidarité sans qu'il s'y mêle - en puissance du moins - des éléments de contrôle. Certes, les groupes solidaires ou groupes d'entraide protègent, de façon implicite ou formelle, les valeurs et les normes auxquelles les membres adhèrent, tout comme les professionnels protègent, implicitement ou non, certains intérêts et occultent les rapports socio-politiques inhérents à leur pratique.

> *Un groupe solidaire se fonde par un accord sur des valeurs fondamentales; c'est un accord implicite parce qu'il est rare que le groupe définisse explicitement, à sa création, les valeurs sur lesquelles il s'entend; cependant, dès qu'un de ses membres commet un faux pas, le groupe va mettre en évidence ses principes; les valeurs vont apparaître et une sentence d'exclusion sera prononcée.* (Taléghani, 1982, p. 12)

Est-ce à dire que des pratiques désintéressées ou encore des rapports égalitaires se révèlent impossibles? Même si actuellement, la plupart du temps, cette question n'est pas

posée, elle sous-tend de nombreux débats sur la relation d'aide. Son caractère ontologique défie la science : est-ce que les êtres humains défendent partout et toujours leurs intérêts, même lorsqu'ils n'en ont pas conscience? Sont-ils capables de gestes gratuits? Sont-ils foncièrement généreux? Il est impossible de répondre à cette interrogation sans postuler au départ la présence d'une *nature humaine*. En ce sens, la science seule ne peut trancher, le débat touche à la morale et à la philosophie.

Pour notre part, si nous adoptons le «regard désenchanté» de Bourdieu, si nous acceptons d'appliquer la «loi de l'intérêt», c'est principalement pour sa valeur heuristique. Ce faisant, nous acceptons de prendre la même distance critique face aux nouvelles pratiques d'entraide que vis-à-vis de l'aide institutionnelle ou professionnelle.

Nous savons aussi que les rapports institutionnels ne sont pas «coulés dans le béton» si l'on peut dire. Certains professionnels utilisent toutes les marges de manœuvre possibles pour inventer des pratiques qui sortent des rapports imposés par les institutions dont ils relèvent.

Dans cette recherche nous retenons les catégories d'aidants et d'aidés, de solidarité et d'entraide, mais sans chercher une aide pure, détachée de toute connotation de pouvoir et d'intérêt. Nous adoptons ainsi une définition exploratoire de la solidarité : « [...] la solidarité [...] a ses sources dans le désir de se prendre en charge soi-même. [...] il s'agit d'abord et avant tout de la recherche d'une forme alternative de pratique sociale où la reconnaissance des différences individuelles se conjugue à l'élaboration d'un pouvoir collectif.» (Alary, 1988, p. 10) Il ne s'agit donc pas d'opposer les intérêts individuels aux mouvements de solidarité, mais d'essayer de comprendre comment ces deux éléments se conjuguent dans des contextes précis.

Notre parti pris consiste donc à nous situer entre les camps souvent opposés de l'aide institutionnelle et de l'entraide et à tenter «d'explorer les différentes combinatoires de pratiques», selon l'expression de Paul Grell. En ce sens, nous nous plaçons du côté des **personnes aidées** et tentons de comprendre comment elles se débrouillent entre leur réseau primaire (famille, amis et amies), l'aide institutionnelle et l'entraide.

2

Toute religion, tout gouvernement, tout pouvoir extérieur cherche avidement à asservir la population en régissant son comportement. Jusqu'à maintenant, nous ne disposons d'aucun modèle de développement qui ne soit fondé sur la domination ou sur l'acceptation de celle-ci. En d'autres termes, nous vivons dans un système qui exige des victimes et des oppresseurs.

Chris Griscom, p. 119
(traduction libre)

L'ENTRAIDE ET LES REMISES EN QUESTION : L'ÉTAT-PROVIDENCE ET LE PROFESSIONNALISME

Il nous semble difficile d'évaluer l'importance des réseaux d'entraide sans les situer dans le contexte général de l'évolution des politiques sociales des pays occidentaux, depuis la Deuxième guerre mondiale en particulier. D'une part, les nouvelles pratiques d'entraide interrogent les solutions sociales mises en place par l'État-providence. D'autre part, les services étatiques sollicitent le bénévolat et, dans

une moindre mesure, les réseaux d'entraide afin de désengorger un système de soins et de services centralisé et qualifié, à maints égards, d'inefficace.

C'est dans ce contexte où s'élaborent de nouveaux compromis sociaux que nous tentons de situer l'importance et le statut des réseaux primaires (famille, amis et amies), du bénévolat et de l'entraide.

Les remises en question de l'État-providence

Depuis le milieu des années 70, les attaques contre l'orientation de l'État-providence proviennent de multiples sources. Au fil de l'interminable crise économique, ces remises en question sont le fait tant des populations victimes de la conjoncture et de certains prestataires de services, que des gestionnaires de l'État et de l'entreprise privée. Plusieurs professionnels ont aussi posé de sérieuses questions sur l'efficacité du système étatique d'aide et de prestation de services. Il importe de préciser que la tendance dominante demeure, malgré tout, la professionnalisation des services et la gestion étatique des problèmes sociaux. Celle-ci privilégie, depuis quelques années surtout, les contrats de services, annonçant ainsi une privatisation des services, autrefois gérés et fournis directement par l'État.

En même temps, de nouvelles pratiques sont en train de poindre : de plus en plus d'institutions, y compris les plus traditionnelles, s'orientent vers un travail dit «en milieu ouvert». Pour réduire la distance entre l'organisation et ses usagers et usagères, pour leur redonner plus d'autonomie et, à terme, pour réduire les dépenses de l'État, les gestionnaires insistent à présent sur la nécessité de maintenir les personnes en difficulté dans leur milieu naturel. L'État leur assurera, dit-on, un encadrement et un soutien alternatif. Pour mettre en œuvre ces services, l'appel au bénévolat se fait de plus en plus pressant et est hautement

valorisé tant par les gestionnaires que par de nombreux élus.

> *Au fil du temps on est passé successivement de l'esprit de charité à l'assistance [...] pour s'orienter actuellement vers un développement des pratiques de solidarité communautaire et d'auto-défense (self-help). Au niveau des structures traditionnelles de l'aide, l'on a assisté à un vaste mouvement de professionnalisation qui semble relayé aujourd'hui par un recours de plus en plus fréquent au bénévolat.* (Ghysens, 1986, p. 26)

Nous sommes donc à l'ère des remises en question des services institutionnels centralisés, fondées sur la valorisation des capacités de prise en charge des problèmes sociaux par les collectivités locales. Claude Larivière identifie *jusqu'à vingt-trois courants d'analyse et de pratiques qui privilégient la prise en charge par le milieu* dans le champ du social, le champ thérapeutique et le champ organisationnel. (Larivière, in Alary, 1988, p. 16-18)

Chacun des courants d'analyse et chacune des pratiques qu'il dénombre reprennent, à leur façon, l'un ou l'autre des deux thèmes fondamentaux qui, à notre sens, polarisent l'ensemble des débats sur l'intervention sociale. Le thème du *rôle de l'État* et celui de la *professionnalisation des services* ont tous les deux suscité des analyses parfois contradictoires et font l'objet de critiques provenant d'horizons fort différents. Ces thèmes traversent, selon nous, les trois champs du social, du thérapeutique et de l'organisationnel.

Les discours et les pratiques privilégiant la prise en charge par le milieu se caractérisent peut-être par la convergence de courants qui, partant d'analyses opposées, aboutissent néanmoins sensiblement aux mêmes revendications, soit le désengagement de l'État, tout au moins sous sa forme actuelle, et la déprofessionnalisation des services.

Le désengagement de l'État

Le rôle de l'État dans les sociétés capitalistes avancées a été interprété de plusieurs façons, en particulier depuis le milieu des années 70. La désuétude des compromis sociaux élaborés depuis la Deuxième guerre ont amené analystes et gestionnaires à poser un regard critique sur les effets des politiques sociales issues des théories keynésiennes. Deux analyses contradictoires contribuent plus directement à cette remise en question : la théorie autogestionnaire et le discours néo-libéral.

Un assez large consensus semble se dégager autour du fait qu'au début du siècle, au Canada, l'organisation sociale locale et régionale pouvait assumer d'elle-même la majorité des responsabilités d'assistance aux démunis. La famille, le voisinage, le milieu de travail ou la collectivité locale assuraient spontanément une prise en charge des nécessiteux en cas de besoin. Certes, on ne peut suggérer qu'une telle forme de redistribution ait été égalitaire ou meilleure que celle que nous connaissons actuellement, mais elle reflétait un sens des valeurs et un certain esprit de solidarité.

L'ère industrielle a modifié ces structures informelles ou semi-informelles de soutien et, depuis les années 50 en particulier, nous assistons à un accroissement considérable du rôle de l'État, qualifié de «Providence». Celui-ci devient petit à petit l'instrument privilégié, et souvent unique, du développement social et de la prise en charge des problèmes sociaux.

Quelle est l'origine de ce mouvement? D'une part, l'industrialisation détruit le tissu des relations primaires et amène les populations à revendiquer l'intervention de l'État pour pallier les effets des inégalités les plus criantes que les communautés ne pouvaient plus corriger. D'autre part, l'institutionnalisation de l'action sociale opère à son tour un certain déplacement de responsabilités des communautés locales au profit de l'État. Il s'agit d'un effet pervers

de l'intervention de l'État, si l'on peut dire. Une chose semble certaine, l'expansion de l'État s'est effectuée sans contestation réelle des populations intéressées :

> *Après une longue période de construction et d'extension de son pouvoir, depuis les premières initiatives de la fin du 19e siècle en Allemagne jusqu'à l'édification des différents régimes nationaux de politiques sociales propres aux social-démocraties scandinaves, en passant par le travaillisme britannique, le Front populaire français, le New Deal américain ou canadien, progressivement et sans grande résistance des citoyens, l'État s'est imposé comme le maître d'œuvre d'innombrables services, sans parler des politiques de sécurité du revenu.* (Larivière, in Alary, 1988, p. 65)

Le discours autogestionnaire des années 80 s'insurge contre cette mainmise de l'État et de ses institutions sur la vie des citoyens et citoyennes et propose qu'une prise en charge individuelle et collective des problèmes sociaux ait lieu au sein des collectivités locales : en somme que l'État redonne son pouvoir aux collectivités régionales. Une telle approche suppose que les ressources locales aient la volonté de prendre en charge les besoins du milieu. De nombreux auteurs, dont Pierre Rosanvallon, insistent sur l'autoorganisation, sur la reprise en charge des fonctions récemment assumées par l'État ou par les grandes entreprises nationales.

Ce discours rejoint la philosophie existentielle, la démarche des écologistes et le concept de la convivialité élaboré par Ivan Illich. En fait, tous ces courants misent sur un comportement responsable et autonome qui respecte l'écologie physique et sociale. Ces mouvements mettent aussi à jour la contre-productivité institutionnelle et la nécessité de la reprise en main des pouvoirs locaux.

Sur le plan des pratiques, le développement communautaire et l'animation sociale sont alors privilégiés, ainsi que le bénévolat et les groupes d'entraide, et ce,

toujours dans l'optique d'un contrôle accru du développement par les collectivités locales plutôt que par un État centralisé, administré par des fonctionnaires et appuyé par des services professionnels.

Phénomène plutôt étrange, le discours néo-libéral part du même constat que celui des partisans de l'autogestion : l'omniprésence de l'État et de son appareil dans les sociétés industrielles avancées. Cependant, les néo-libéraux ne dénoncent pas le pouvoir et le contrôle qu'exercent les institutions étatiques sur les citoyens; ce qui les dérange, c'est plutôt l'augmentation fulgurante des coûts des programmes sociaux depuis une dizaine d'années et l'inefficacité relative des bureaucraties.

Par ailleurs, tous savent que sous un tel discours, les forces du laisser-faire économique sont à l'œuvre. Les politiques keynésiennes ont été développées dans l'optique d'une économie de plein emploi : dans le contexte de la restructuration économique en cours, le plein emploi n'est plus une perspective réalisable à court ou à moyen terme. En effet, le ralentissement économique de la dernière décennie a réduit considérablement les recettes de l'État, alors que la demande de services augmente. Il s'ensuit une crise financière que les gouvernements tentent de gérer.

Devant les déficits budgétaires grandissants des États industriels, la tentation est grande de revenir aux lois du marché, ce que n'hésite pas à faire Milton Friedman, le principal tenant de l'école néo-libérale. Dès le début des années 60, il réclamait le désengagement de l'État afin d'éviter l'inflation et de freiner le gaspillage des fonds considérés comme essentiels à l'entreprise privée, seule capable selon lui d'assurer un développement économique soutenu. Plusieurs auteurs de l'école néo-libérale insistent sur l'inefficacité de la bureaucratie étatique ou encore sur le cercle vicieux de la dépendance des populations assistées, alimentées par des programmes de soutien au revenu. Un fait demeure cependant, tous les auteurs de l'école néo-

libérale revendiquent le désengagement de l'État au nom du laisser-faire et de l'initiative privée, seule capable de forcer chacun à prendre en charge ses besoins.

À la faveur de ce discours, plusieurs font aussi appel au bénévolat et à l'entraide, non par souci de redonner le contrôle social aux collectivités locales, mais plutôt pour des raisons d'ordre économique et idéologique. Le recours au bénévolat n'en est pas moins systématique et, jusqu'à un certain point, efficace. Claude Larivière remarque d'ailleurs que les réductions actuelles des services étatiques s'accompagnent habituellement de politiques de maintien à domicile, de responsabilisation des citoyens et d'un appel au bénévolat comme substitut à l'intervention des employés de l'État. (Larivière, in Alary, 1988, p. 84)

Les analystes des politiques sociales des pays industrialisés connaissent bien ces deux courants de pensées, autogestionnaire et néo-libéral. Si nous les avons repris schématiquement, c'est moins pour mettre en évidence leur opposition que leur convergence. À partir d'une logique d'interprétation tout à fait différente et fondée sur des intérêts contradictoires, les tenants de l'autogestion et ceux du laisser-faire ne revendiquent pas moins un abandon du secteur social par l'État central au profit des collectivités locales. Il y a, selon l'expression d'Anne-Marie Guillemard, *convergence d'intérêts conflictuels*. Quelle que soit la logique d'intervention ou d'action sociale invoquée, il semble assez évident, à l'heure actuelle, qu'un peu tout le monde s'entend pour se tourner vers le dynamisme et les ressources des collectivités locales.

Une dynamique à peu près semblable prévaut d'ailleurs au sujet du débat sur la professionnalisation des services.

La déprofessionnalisation des services

L'institutionnalisation des services, liée au développement de l'État, va de pair avec leur professionnalisation. L'action sociale, tout comme les interventions dans les domaines sanitaires ou juridiques, devient une fonction spécialisée, rémunérée, codifiée et contrôlée par des associations professionnelles. Si cette démarche contribue à intégrer la prestation de services sociaux dans la logique marchande et à la dégager un peu de toute connotation caritative (charité privée), la distance entre le professionnel et son «client» aboutit à une déshumanisation des relations. De plus, depuis une dizaine d'années, le pouvoir des intervenants sur les populations clientes est fréquemment l'objet de critiques violentes.

> *[...] la personne fait appel à un service spécialisé et le statut professionnel de l'aidant est pour elle à la fois le gage de sa (relative) neutralité et d'une certaine efficacité technique. Souvent inséré dans une institution clairement définie, le professionnel de l'aide bénéficie dans ce type de relation d'un pouvoir énorme : c'est lui qui «décode» la demande, l'interprète, choisit d'y répondre ou non et de quelle manière. D'où la dépendance qui risque de se créer chez la personne aidée.* (Ghysens, 1986, p. 37)

Deux problèmes clés sont ici soulevés : la déshumanisation des services et la dépendance. D'une part, la distance entre le professionnel et les aidés ainsi que le pouvoir de celui-ci sur les populations clientes constituent un frein à l'action sociale et aux regroupements de la base. D'autre part, la professionnalisation de l'action sociale risque de décharger l'ensemble de la collectivité locale de ses responsabilités. La prise en charge d'une partie de la population par des institutions sociales finit par créer une véritable «population d'assistés». Pour remédier aux effets négatifs de ces lacunes et tenter de combler la distance qu'implique toute relation strictement professionnelle, deux

mouvements, parfois opposés, parfois convergents, ont vu le jour : l'un dans les institutions et chez les professionnels, l'autre chez la clientèle.

Les institutions tentent à leur façon de minimiser les problèmes liés à la professionnalisation des services en développant des ressources dites «ouvertes sur le milieu». La mise sur pied de ressources complémentaires (centres de jour, appartements protégés, communautés thérapeutiques, projets-pilotes, maisons d'accueil) est généralement le fruit d'un travail de sensibilisation mené par un groupe de praticien-ne-s plus particulièrement attentifs aux besoins des populations servies. Ils et elles sont généralement conscient-e-s des limites, des failles ou des faiblesses des pratiques institutionnalisées et misent sur le bénévolat et la participation communautaire pour combler les lacunes des services professionnels ou encore pour assurer un suivi à leurs interventions.

De leur côté, les clientèles tentent, elles aussi, de résoudre les problèmes liés à la professionnalisation des services, pour la simple raison que ce sont elles qui en subissent les conséquences néfastes. Entre autres, elles font appel à l'entraide pour répondre aux nombreux besoins que les services professionnels n'arrivent pas à combler. Il s'agit d'une démarche dans laquelle les personnes aidées occupent une place de plus en plus centrale. Cependant, l'entraide n'est pas toujours perçue comme un complément à l'aide professionnelle; certaines pratiques d'entraide sont plutôt en opposition avec les services professionnels. Ceci différencie d'ailleurs les activités des bénévoles des services d'entraide.

Les populations qui ont besoin d'aide ne se contentent pas de miser uniquement sur le système de dépannage spontané entre parents ou amis. Jusqu'à un certain point, elles organisent et structurent l'entraide en formant des «groupes d'appui». Ces regroupements constituent une

ressource interpersonnelle plus développée et plus visible que l'entraide spontanée.

Dans le domaine socio-sanitaire, ces groupes se sont surtout développés là où la médecine traditionnelle reconnaît son impuissance; l'alcoolisme en est un exemple. La naissance du mouvement remonte principalement à la création des Alcooliques Anonymes aux États-Unis en 1935.

Nous reprenons la définition de Jean-Marie Romeder, parce qu'elle expose clairement l'idéologie de l'entraide :

> *Les groupes d'entraide sont des petits groupes autonomes et ouverts qui se réunissent régulièrement. Victimes d'une crise ou d'un bouleversement commun dans leur existence, les membres de ces groupes partagent un vécu commun de souffrance et un sentiment d'égalité. Leur activité primordiale est l'entraide personnelle qui prend souvent forme de soutien moral, par le partage d'expériences et d'information, et par la discussion. Souvent aussi les membres ont des activités orientées vers les changements sociaux. Leur activité est bénévole, autrement dit gratuite et libre.* (Romeder, 1989, p. 34)

Comme nous l'avons souligné en première partie, la distance entre cette idéologie et les pratiques peut varier considérablement selon les groupes, surtout en ce qui a trait au sentiment d'égalité et à la gratuité des actes posés.

Les groupes d'entraide s'appuient sur la disponibilité et les habiletés de leurs membres et sur leurs aptitudes naturelles, ce que les professionnels négligent ou minimisent souvent. Les participant-e-s à ces réseaux tentent de trouver un nouveau lieu d'expression du leadership de la population et, pour ce faire, comptent sur les aidants naturels, c'est-à-dire les non-professionnels. Certains de ces groupes sont nés d'une volonté d'indépendance et d'autonomie de la clientèle par rapport aux professionnels. Ils vont alors carrément à l'encontre des services professionnels jugés insuffisants, trop rigides, inhumains, anonymes et ineffi-

caces. En ce sens, les entraidant-e-s affirment que leur approche représente un message d'espoir et de compassion que les services bureaucratisés, compartimentés et surchargés des organismes ou établissements traditionnels offrent de moins en moins.

Cette démarche n'est pas sans soulever de nombreuses inquiétudes et critiques de la part de certains professionnels qui se sentent contestés par le foisonnement de ressources et de pratiques «non professionnelles», non contrôlées par leurs associations ou leurs codes de déontologie.

La professionnalisation des services a donc provoqué, elle aussi, deux mouvements parfois contradictoires mais qui, chacun à leur façon, invitent ou sollicitent la participation des aidés et la prise en charge par le milieu.

Le réseau primaire, le bénévolat et l'entraide : une différence de statut

À l'heure actuelle, le bénévolat et l'entraide sont sollicités de toute part. La place que ces réseaux occupent dans le système de prestation des services demeure un enjeu de taille et polarise bien des débats avec les praticiens, les gestionnaires de l'État et les populations clientes. L'autonomie des «aidés» et le pouvoir des professionnels et des institutions étatiques sont souvent les pierres angulaires de ces discussions et ce qui distingue les diverses pratiques.

Toute «relation d'aide» est encadrée dans un système de prestation de services comprenant quatre axes allant de la prise en charge par le milieu à la prise en charge institutionnelle. Le tableau suivant illustre quatre tendances possibles de la relation d'aide :

STRUCTURE ET CONTRÔLE DE LA RELATION D'AIDE

TYPE DE RELATION D'AIDE	TYPE DE SERVICES OFFERTS
1) Peu structurée; contrôlée par le milieu (voisinage, ami-e-s)	Réseau primaire, services informels
2) Structurée et contrôlée par le milieu	Entraide
3) Peu structurée; contrôlée par les professionnels	Bénévolat
4) Structurée et contrôlée par les professionnels	Services étatiques et privés

Dans un tel contexte, l'entraide se caractérise à la fois par le contrôle du milieu, d'où ses diverses tendances possibles, et par son aspect structuré, organisé. (Flora MacLeod, 1986, p. 11)

Andrew Farquharson présente les caractéristiques de «l'aide formelle» et de «l'aide informelle», soit les positions extrêmes de ce mouvement, de la façon suivante :

CARACTÉRISTIQUES DE L'AIDE FORMELLE ET DE L'AIDE INFORMELLE

Aide informelle	Aide formelle
Connaissance subjective et acquise par expérience	Connaissance objective et acquise par des études
Services gratuits	Services rémunérés
Peu de contraintes de temps	Horaires et calendriers
Aide mutuelle	Aide à sens unique
Aidé : membre et acteur	Relation patient-client
Activités de soutien et de résolution de problèmes	Résolution de problèmes
Spontanée et non structurée	Organisée et programmée

L'aide informelle relève du **réseau primaire**. La famille, les amis, le quartier, le milieu de travail jouent généralement le rôle de communauté où chacun occupe une place déterminée dans un réseau de relations. Les acteurs sociaux participent ici à une dynamique où les échanges sont multilatéraux. Nous y retrouvons les actions naturelles et spontanées issues de l'initiative des citoyen-ne-s. Historiquement, la destruction du tissu des relations primaires provoque chez un grand nombre de personnes un sentiment

de solitude et de profond désarroi, d'où la nécessité de l'engagement de l'État et des professionnels.

Lorsque les communautés naturelles ne fonctionnent plus spontanément et que certaines personnes en sont exclues, une action institutionnelle prend la relève. **Le réseau formel** comprend les interventions professionnelles et organisées issues, la plupart du temps, de l'initiative de l'État.

Il est important de bien situer le bénévolat et l'entraide entre ces deux pôles, car l'un et l'autre, tout en voulant remédier à une faille du tissu social, partent d'une conception souvent différente, voire opposée de l'aide.

Le bénévolat

Au cours des récentes années, nous avons assisté à différentes formes de reconnaissance et d'encadrement du travail bénévole par l'État. On recourt au bénévolat pour deux motifs principaux : une volonté de combler la distance entre les institutions et les aidés, ainsi qu'une tentative de conserver certaines organisations d'aide qui ne sont pas soutenues financièrement par les pouvoirs publics. En ce sens, le bénévolat est plus près du réseau formel que de celui des relations primaires.

En fait, le travail bénévole est de plus en plus conçu comme un appendice et un complément des services institutionnels. Des programmes d'intégration aux services sociaux et aux soins de santé prennent forme et certains établissements prévoient un service spécifiquement chargé de l'encadrement des travailleurs et des travailleuses volontaires.

La reconnaissance et le financement du travail bénévole par l'État va de pair avec sa structuration et son intégration au réseau formel de soins. De plus en plus de groupes bénévoles sont évalués par les professionnels; ils se voient confier des tâches précises, surtout dans le domaine de la

santé, en vue de favoriser, par exemple, les politiques de maintien à domicile. Il convient ici, semble-t-il, de parler d'une nouvelle forme de bénévolat. «On exige du bénévole un engagement à long terme et une rigueur proche de celle du professionnel.» (Ghysens, 1986, p.38)

En ce qui a trait à la distance entre les aidants et les aidés, le recours au bénévolat s'inscrit dans une démarche en vertu de laquelle on veut rejoindre les personnes sur leur terrain, dans leur contexte de vie, pour tenter de mettre en valeur au maximum leurs possibilités créatrices et éviter ainsi le recours à des institutions plus lourdes, coûteuses et impersonnelles. L'aspect essentiel de cette évolution est la volonté d'associer plus intimement les personnes intéressées, les «clients», à l'orientation de l'action. Il ne faudrait pourtant pas oublier, comme nous le rappelle Anne-Christiane Ghysens, que même s'ils peuvent être plus proches des personnes, les bénévoles ont un statut et un pouvoir délégué par les professionnels, et sanctionné par l'État. La «désinstitutionnalisation» et la volonté de «prévenir les problèmes», qui caractérise ce mouvement, comportent le risque de renforcer encore, plus subtilement peut-être, le contrôle social.

Les bénévoles offrent des services à d'autres, ils ou elles «aident» les plus démunis. Les besoins des bénévoles ne s'apparentent pas nécessairement et pas souvent à ceux des «aidés» : leurs expériences de vie et leurs intérêts sont d'ailleurs fort divergents. Les bénévoles ont un statut qui se rapproche de plus en plus de celui des professionnels, à l'exception de la sécurité d'emploi et du salaire. Leurs motivations peuvent également être très diverses : «De plus en plus de personnes cherchent, à travers le bénévolat, une appartenance à un groupe, une occupation, une valorisation que la vie familiale ou professionnelle ne leur apporte plus.» (Ghysens, 1986, p. 39) Les services bénévoles constituent, selon cette perspective, une ressource professionnelle déguisée, peu coûteuse, mais cachant assez habilement des

objectifs d'intégration sociale. Les mouvements syndicaux et féministes en particulier ont aussi parlé du bénévolat dans un sens politique : il s'agit souvent de pratiques déguisées visant à renvoyer les femmes à leur foyer, par le biais de la désinstitutionnalisation des services. L'«aide» valorisée mais non payée s'inscrit en somme dans une nouvelle forme de «maternité sociale».

L'entraide

Les groupes d'entraide s'intéressent avant tout à l'échange de services et au soutien entre personnes ayant vécu des problèmes similaires. En d'autres termes, contrairement au bénévolat, l'entraide mise sur l'abolition presque complète de la distance entre aidants et aidés. En reprenant la distinction établie par Jean-Marie Romeder, nous pouvons dire que, dans l'entraide, les aidés-aidants sont des participants actifs, tandis que celles ou ceux qui reçoivent de l'aide bénévole ou professionnelle ont souvent un rôle passif. En ce sens, l'entraide est plus près des services informels et des réseaux communautaires que des services formels.

> *Les groupes d'entraide reconnaissent le principe fondamental selon lequel aider un semblable est en même temps l'occasion de se développer, de croître soi-même, de la même façon qu'enseigner est souvent la meilleure façon d'apprendre. En ce sens, on peut dire que la distinction entre aidant et aidé disparaît souvent dans les groupes d'entraide où chaque membre peut jouer à la fois ou alternativement les deux rôles.* (Larivière in Alary, 1988, p. 45)

Même s'il s'agit avant tout d'activités d'échange et de soutien entre pairs, certains groupes ont des rapports plus ou moins intimes et structurés avec les services professionnels. L'autonomie des groupes par rapport aux activités institutionnelles varie beaucoup d'un groupe à l'autre. À ce chapitre, nous pouvons distinguer trois types de groupes :

les **groupes anti-professionnels** qui se sont constitués en opposition aux services professionnels considérés non seulement comme inefficaces mais comme nocifs pour les aidés; les **groupes a-professionnels** qui misent d'abord sur les ressources internes, mais qui ne refusent pas d'adresser certaines personnes aux services institutionnels. Enfin, il existe une catégorie de **groupes qui collaborent de très près avec les professionnels**, soit qu'ils aient été mis sur pied directement à leur initiative ou encore qu'ils complètent les services institutionnels. Dans cette dernière catégorie, certains sont créés ou subventionnés directement par l'institution; le terme «entraide» s'applique alors de façon plutôt marginale.

La coopération entre les professionnels et les ressources d'entraide est peut-être plus grande qu'on serait porté à le croire : soulignons que 70 p. 100 des groupes d'entraide répertoriés au Canada par Jean-Marie Romeder en 1982 avaient, d'une façon ou d'une autre, reçu de l'aide de divers professionnels (médecins, travailleurs sociaux, avocats, infirmières, psychologues ou professeurs). Une étude américaine est elle aussi assez catégorique sur ce point :

> *[...] les professionnels ont joué un rôle crucial, quoique souvent en coulisse, durant les périodes de formation des organismes d'entraide. Des études indépendantes menées par Borman et par Toscland et Hacker ont révélé que les professionnels avaient contribué à la conception et à la constitution initiale de nombreux organismes d'entraide. De plus, les professionnels étaient disponibles lorsque les fondateurs avaient besoin de soutien et d'assistance technique. Le rôle-pilote assumé par les professionnels a évolué vers des liens moins structurés à mesure que les différents organismes prenaient de l'essor.* (Thomas J. Powell, p. 11, traduction libre)

L'entraide bureaucratisée

La bureaucratisation progressive de l'entraide exigée par les bailleurs de fonds soulève une nouvelle problématique qui n'est pas sans rappeler le mouvement d'intégration du travail bénévole aux services publics. En effet, plus l'entraide s'organise, plus les questions liées au financement des groupes et à leurs liens avec les services professionnels se posent. Pour illustrer cette affirmation, il suffit de se rappeler le symposium sur l'entraide organisé sous les auspices de Centraide, à Vancouver en 1986. Il visait non seulement à faire connaître les principes et les buts de l'entraide, mais aussi à mettre sur pied un réseau ou une coalition informelle parmi les groupes et à faciliter la coopération entre les groupes d'entraide et les professionnels. (MacLeod, 1986, p. 14-15)

Les groupes d'entraide ont besoin d'une certaine reconnaissance publique pour obtenir du financement, et la plupart d'entre eux invitent les professionnels à leur envoyer des «clients». Le danger que les groupes ne deviennent que des appendices des services professionnels est alors très grand. Dans ce contexte, plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'aujourd'hui, les groupes d'entraide sont à un tournant et courent le grave danger d'être récupérés soit par l'État, soit par les professionnels. Certains d'entre eux sont largement sollicités par l'État qui les engage ainsi sur la voie institutionnelle : on exige qu'ils soient constitués en société, qu'ils aient un conseil d'administration, qu'ils rendent compte de leurs activités, etc.

L'entraide se situe donc, à l'heure actuelle, entre le réseau primaire et les services professionnels. Contrairement au bénévolat, qui est lié plus étroitement aux services étatiques et souvent structuré par eux, l'entraide est plus près des initiatives spontanées du réseau primaire. La reconnaissance officielle des réseaux d'entraide, importante pour leur survie et leur financement, représente cependant un danger réel de récupération par les professionnels et l'appareil d'État.

3

L'ENTRAIDE ET LA SANTÉ MENTALE : QUELLES ALLIANCES?

> ***Il fut un temps où les possédés et les autres meurtris de l'âme étaient confiés aux chamanes et à leurs rites incantatoires. Tenus à l'écart du village, nourris aux herbes et aux potions, ayant le privilège de se baigner dans les eaux sacrées et de converser avec les esprits de la terre, les «malades» devaient leur guérison à un curieux mélange de foi et de magnétisme du sorcier qui les prenait en main.***
>
> ***À l'ère de la télévision, le village est devenu planétaire et le sorcier, thérapeute! Rien ne prouve pourtant que, derrière l'écran des modes, les mécanismes psychologiques et sociaux aient changé tant soit peu depuis que la «science du psyché» a remplacé les démons du folklore.*** **(Goupil, in J. Arseneau, 1983, p. 27)**

Il nous semble peu approprié d'aborder la problématique de la santé mentale sans poser au départ que nous travaillons avec des maladies socialement définies et des catégories socialement construites qui évoluent avec l'histoire et le

contexte socio-politique. Les grands courants thérapeutiques sont aussi des productions culturelles, fruits de leur époque et du contexte social dans lequel ils se sont développés.

Les enjeux de pouvoir qui sous-tendent les définitions scientifiques des catégories de maladies mentales ont déjà bien été mis à jour, entre autres, par Michel Foucault, Thomas Szasz et Ronald Laing. Notre propos n'est pas de reprendre ici cette démonstration, mais d'insister sur ce qui constitue, selon nous, l'élément nouveau qui bouleverse depuis une vingtaine d'années le champ d'intervention en santé mentale : la psychothérapie de masse et les clientèles qu'elle vise. Dans cette optique, nous tenterons de démontrer quel sort est réservé à certaines victimes de notre contexte socio-politique.

Il existerait à l'heure actuelle plus de deux cent cinquante-cinq types de psychothérapie et, selon Georgette Goupil, depuis vingt ans, le marché cible de l'intervention en santé mentale n'est plus celui des «malades», mais celui des «mal-dans-leur-peau». Le but de l'intervention n'est plus de guérir mais de «réaliser», de «développer», de «croître». Ce processus crée de nouveaux exclus qui interpellent à la fois les services professionnels et l'entraide. En effet, les exclus, les démunis, souvent issus de milieux défavorisés et souffrant de problèmes sérieux, constituent une clientèle peu attrayante pour les professionnels, tant par le peu de ressources sur lesquelles cette clientèle peut compter que par la distance qui la sépare des praticiens. Par ailleurs, la clientèle volontaire et aisée a permis à une multitude de thérapies et de pratiques privées de voir le jour et d'envahir le domaine de l'intervention sociale.

Il importe donc d'indiquer sommairement les lignes de force qui se dégagent de l'organisation actuelle des soins et des services de santé mentale. Dans un premier temps, nous examinerons la pratique privée et les services

institutionnels pour ensuite nous pencher sur l'aide naturelle et l'entraide.

La pratique privée et la pratique institutionnelle : les beaux cas et les exclus

«Plusieurs recherches démontrent que la psychothérapie est efficace pour des adultes souffrant de troubles mineurs tels que les phobies, peurs et dépressions névrotiques. Par contre, elle est à peu près inefficace quand il s'agit de problèmes psychologiques sérieux tels que la psychose, l'alcoolisme, la toxicomanie et l'autisme.» (Jérôme Guay, in J. Arseneau, 1983, p. 10) Une recension des écrits démontre qu'avec les troubles plus sérieux, les cas graves, la psychothérapie joue tout au plus un rôle de soutien.

En santé mentale, il existe un type de «client idéal» ou plutôt une catégorie de clients à succès, et une autre catégorie qui risque de ne pas comprendre ou accepter les valeurs du thérapeute et d'abandonner rapidement la relation. Voici comment Joanne Arseneau trace le portrait-robot de la clientèle préférée des psychologues et des psychiatres :

> *Un intervenant en santé mentale est appelé au cours de sa pratique à rencontrer des cas gratifiants, des «beaux cas», ceux que les Américains ont souvent qualifiés de YAVIS (Young, Attractive, Verbal, Intelligent and Social), mais aussi plusieurs autres, sans étiquette, plus nombreux bien sûr, plus démunis et souvent moins motivés.*
>
> *Les premiers connaissent en général des gens qui ont des problèmes semblables aux leurs; ils en discutent et confient, en toute quiétude, qu'ils voient un thérapeute de façon régulière. Ils consultent dans le but de réaliser pleinement leur potentiel, de découvrir des modes de vie plus originaux, plus conformes à leurs aspirations. Ils pensent à l'avenir, à s'actualiser.*

Les autres n'ont pas accès à ce monde un peu bizarre et, de toute façon, n'y sont pas intéressés. Ils constatent un beau matin qu'un malaise bien précis les assaille. Ils ne peuvent plus dormir, ils n'ont plus faim. Ils en saisissent à peine les raisons. Ils persisteront à croire qu'un mal de ventre n'est qu'un mal de ventre. Ils n'ont pas choisi la thérapie et, s'ils s'y adonnent, c'est souvent parce qu'on les y a référés. (Arseneau, 1983, p. 75-76)

Cette différenciation de la clientèle n'est pas surprenante et peut se retrouver en fait dans n'importe quel champ d'intervention. Si nous nous y arrêtons, c'est qu'elle correspond souvent, tout au moins en Amérique du Nord, au clivage entre les usagers des services privés et ceux des services institutionnels. D'une façon générale, les adeptes des pratiques privées sont plus instruits, viennent d'une classe sociale plus aisée et souffrent de «troubles mineurs». Ils disent profiter de la thérapie ou en tirer des bénéfices dans une proportion de 75 à 80 p. 100. Somme toute, les salles d'attente des bureaux privés sont remplies de gens qui se débrouillent plutôt bien dans la vie! De plus, on retrouve en pratique privée les intervenants et les intervenantes les plus entreprenants, celles ou ceux capables de prendre des risques.

La clientèle institutionnelle, par contre, sollicite l'«aide» des professionnels pour des troubles graves, de longue durée, et de nature structurelle beaucoup plus que conjoncturelle. Les personnes des classes défavorisées n'auront pas tendance à aller consulter un professionnel pour des troubles légers, de type névrotique. Ils préfèrent plutôt s'en remettre à leurs proches. En milieu populaire, on fait appel aux professionnels lorsqu'on est forcé de le faire ou lorsqu'on est en état de crise grave.

Dans les classes populaires, c'est donc lorsque la personne est dans un état dépressif ou psychotique grave au point de ne pas pouvoir remplir normalement ses fonctions,

qu'elle sera forcée de consulter un professionnel. Souvent, elle sera alors conduite au service d'urgence le plus près; dans ce cas, il ne s'agit pas d'une démarche volontaire de la part de l'usager, mais d'une décision d'un ou des membres de sa famille. À la suite de comportements qualifiés de «bizarres» qui effraient les proches ou qui exigent d'eux une somme d'attention et d'énergie qui finit par les dépasser, la personne se retrouvera en psychiatrie.

Les suicidaires, les violents et les délirants sont ainsi amenés dans les cliniques d'urgence des hôpitaux généraux ou psychiatriques. Les autres «cas» devront aussi choisir l'accès le plus rapide, soit l'urgence psychiatrique. Dans ces circonstances, le recours au cabinet privé est, à toutes fins utiles, impensable, à moins qu'on ne soit déjà engagé dans un processus thérapeutique et qu'on ait aussi les moyens financiers de se permettre un tel luxe.

Il existe ainsi une corrélation entre la hiérarchie sociale et l'admission volontaire ou involontaire au service. Plus le client ressemble au thérapeute, plus il a des chances d'être accepté, du moins dans le secteur privé, et plus la thérapie est qualifiée d'efficace. Par contre, Joanne Arseneau rappelle que sur les deux tiers des individus qui s'engagent en thérapie institutionnelle, de 20 à 57 p. 100 abandonnent avant la deuxième visite. On attribue principalement cet état de fait à la passivité, aux attitudes de la famille, au manque de motivation, à la gravité des symptômes et au statut socio-économique.

En psychiatrie en particulier, on invoque souvent l'absence de motivation comme facteur important pour expliquer le faible taux de succès des soins institutionnels. Les circonstances qui amènent les futurs «clients» en consultation font que la psychothérapie sera subie ou reçue passivement au lieu d'être choisie activement par les récipiendaires du service.

Il ne faut toutefois pas sous-estimer les effets de l'écart social, économique et culturel entre le thérapeute et son client. Cet écart semble plus important dans les cas d'échec. On prétend que ceux qui ne reviennent pas sont, outre leur faible scolarisation, peu capables de reconnaître et d'admettre la nature psychologique et interpersonnelle de leurs problèmes.

Un dernier aspect distingue le réseau privé du réseau public : la diversification et la qualité des soins offerts. Les clients et clientes d'un bureau privé peuvent habituellement choisir judicieusement parmi une gamme de services disponibles. Ils ou elles connaissent des personnes qui sont en thérapie et peuvent évaluer le type d'approche qui leur convient le mieux. Par ailleurs, les services offerts dans les hôpitaux et les institutions psychiatriques sont beaucoup moins perfectionnés, plus uniformes. Les praticiens et praticiennes doivent souvent se contenter d'intervenir en situation de crise parce que le service est surchargé. Soulignons aussi le fractionnement de l'action en petites unités, pratique qui découle de la division des tâches et des responsabilités thérapeutiques. Cette pratique bureaucratique ne facilite pas les relations déjà difficiles entre l'usager-ère et les praticien-ne-s. Finalement, les services sont difficilement centrés sur les usager-ère-s à cause des nombreuses autres contraintes de l'organisation interne des institutions.

En fait, dans cette recherche, nous écouterons les exclus de ce système institutionnel nous parler de leur expérience.

L'aide naturelle et l'entraide en santé mentale

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les bénéfices retirés d'une relation de psychothérapie pourraient être obtenus dans d'autres types de relation (famille, amis, voisins). La psychothérapie ne serait qu'une forme de ces relations d'aide, à laquelle on ferait appel lorsque l'aide

n'est pas disponible au sein du réseau naturel d'amis et de proches.

Selon Jérôme Guay, étant donné que l'on «doit payer pour recevoir cette aide, la psychothérapie devient en quelque sorte un commerce d'amitié et d'amour». Les analystes américains ont même inventé une expression pour décrire ce phénomène : «rent a friend». Les relations humaines sont fragmentées à cause des rôles parfois contradictoires que nous imposent les groupes sociaux auxquels nous appartenons. Dans ce contexte, de plus en plus de personnes ont recours à la «location d'un ami», ce processus social bizarre qui permet de «combler sa solitude à la petite semaine», selon une expression populaire.

Cette analyse souligne l'importance de l'aide naturelle. En fait, les défaillances du réseau primaire seraient en grande partie responsables de la consommation, sur une grande échelle, des services psychologiques et psychiatriques.

Même si les relations avec les proches peuvent être négatives, surtout si la cellule familiale est refermée sur elle-même, plusieurs analyses insistent sur le fait que les gens préfèrent encore consulter leurs proches. L'absence d'amis ou amies et de proches constituerait un des facteurs les plus importants de détérioration de la santé mentale.

Les résultats d'une recherche effectuée par «The Self-Help Connection» à Halifax en 1989 auprès de personnes aux prises avec des problèmes psychiatriques, ne sont pourtant pas si probants. Selon cette enquête, la famille des personnes interrogées est bien présente; c'est même celle-ci qui, dans la majorité des cas, fournit un appui émotif et financier à ses membres en difficulté. Par contre, les usagers et usagères des services psychiatriques hésitent à toujours faire appel à leur famille. Ils et elles se sentent coupables de déranger leurs proches et souhaitent vivre de

façon indépendante, mais peuvent manquer d'aptitudes pour le faire, compte tenu de l'organisation sociale actuelle.

Cette même recherche constate que les personnes interrogées se sentent seules et isolées. Elles n'ont, pour la plupart, qu'un petit réseau d'une ou de deux personnes à qui se confier. De plus, ce serait leur «maladie» qui les amènerait souvent à diminuer l'interaction possible avec leur famille, leurs amies ou leurs amis.

Nous sommes donc devant deux hypothèses opposées sur le rôle et l'importance du réseau primaire : l'une prétend que les défaillances de l'aide naturelle causent une détérioration de la santé mentale, l'autre suggère plutôt que les problèmes de santé mentale entraînent une rupture avec ce réseau.

Nous tenterons d'étudier ces deux hypothèses dans notre recherche; voilà pourquoi nous serons très attentifs au discours des personnes rencontrées, quant à leurs liens avec leur réseau primaire, pour dégager la présence de celui-ci dans leur quotidien et son incidence sur leur bien-être.

Quant à l'importance de l'entraide pour les personnes aux prises avec des problèmes psychiatriques, elle semble théoriquement admise par de nombreuses recherches tout en étant contestée par beaucoup de praticiens des services étatiques.

L'enquête citée plus haut démontre que certains professionnels ou professionnelles exigent de connaître les buts, le programme et les compétences des animateurs de groupes d'entraide avant d'informer la clientèle des services psychiatriques de la présence de cette ressource dans la communauté. D'autres considèrent qu'ils n'ont pas à évaluer la «compétence» des groupes d'entraide avant d'en informer les usager-ère-s, puisque chaque personne a droit à l'information et au choix de son traitement. L'attitude des professionnels semble donc avoir une importance certaine

en ce qui a trait à la reconnaissance sociale et au développement des réseaux de solidarité.

D'autres analystes, par contre, considèrent que les réseaux d'entraide et de solidarité complètent l'aide professionnelle. Ils viendraient en quelque sorte combler les déficiences tant du réseau primaire que de l'aide spécialisée. Ils seraient même, selon Jérôme Guay, le pendant des bureaux privés en milieu populaire.

Du côté des personnes qui ont recours à l'entraide, l'importance de cette forme d'aide est acquise, mais toutes les personnes aux prises avec des problèmes psychiatriques n'y ont pas recours. Selon l'enquête effectuée à Halifax, toutes les personnes interrogées affirment que l'échange et le partage de leurs problèmes peuvent les aider. Cependant, peu d'entre elles font partie de groupes d'entraide. Participer au réseau de solidarité signifie pour elles «s'identifier», se nommer, «appartenir». En s'affichant, elles risquent de se faire étiqueter et marginaliser, surtout dans les petites localités rurales. Elles hésitent à avoir recours à l'entraide de peur de perdre leurs amies ou leur emploi. Elles voudraient, en fait, que la communauté les considère «normales» et «en bonne santé».

Encore une fois, en tenant compte de l'ensemble de ces discours, nous tenterons de définir le rapport qu'entretiennent les personnes que nous rencontrons, avec les réseaux d'entraide. Il importe surtout de saisir les formes de marginalisation qu'elles subissent tant dans leur réseau primaire que dans leurs rapports avec l'aide professionnelle.

DEUXIÈME PARTIE

LES ENTRAIDANTS NOUS PARLENT

4

UN CHOIX DE QUESTIONS ET DE MÉTHODES

> ***Moi, en tout cas, je m'ouvrirais bien plus à une personne semblable à moi qu'à un professionnel.***
>
> **Hermance**

L'objectif de notre recherche porte sur l'importance des réseaux de solidarité et d'entraide, en particulier pour les personnes aux prises avec des problèmes «psychiatriques». À partir de la problématique élaborée en première partie, il nous semble que les pratiques d'entraide peuvent difficilement être étudiées en soi, en dehors du contexte qui contribue à leur développement. Voilà pourquoi nous évaluerons la place de l'entraide en rapport avec le réseau primaire et l'aide professionnelle. Contrairement à plusieurs études sur le sujet, nous ne visons pas à saisir uniquement les divergences, mais aussi les rapprochements entre ces trois formes de rapport sociaux.

L'orientation de l'étude

Rappelons que tout discours, tant sur l'aide que sur l'entraide, peut être mystificateur, qu'il peut camoufler des

enjeux de pouvoir et une forme de contrôle social. Nous ne tentons pas de chercher ici une forme d'aide pure, détachée de toute connotation de pouvoir et d'intérêt. Les analyses qui posent la gratuité et les rapports égalitaires comme inhérents aux réseaux de solidarité nous semblent relever du champ idéologique tout autant que celles qui affirment que seule l'aide professionnelle, légitimée par l'appareillage scientifique, est efficace en santé mentale. Dans les récits qui suivent, notre premier objectif consiste à nous distancer de l'une et de l'autre de ces analyses afin de saisir comment les acteurs sociaux intéressés posent eux-mêmes leurs rapports à l'aide institutionnelle et à l'entraide.

On valorise depuis peu la «prise en charge par le milieu» tant pour décongestionner les services étatiques que pour lutter contre la mainmise des professionnels sur la vie des usagers et des usagères des services. En ce sens, les réseaux primaires, le bénévolat et l'entraide sont interpellés. Ces trois formes d'aide revêtent certes un statut fort différent et il importe de les distinguer si nous voulons saisir la spécificité de l'entraide. Encore là, il importe de saisir comment les acteurs sociaux eux-mêmes se positionnent face à leur réseau primaire et à l'entraide. De plus, la problématique de la santé mentale revêt ici un caractère particulier : en fait, on a souvent accusé les organismes formels de services d'éliminer les ressources des gens qu'ils traitent, soit par la médicalisation, les électrochocs et même la psychothérapie. Les personnes qui arrivent aux groupes d'entraide après une série de «traitements», tant du réseau psychiatrique que du réseau social, sont souvent vidées de toutes les ressources qu'elles possédaient au départ. Dans ce contexte, nous nous attarderons à l'étude des trois pôles autour desquels gravitent maintenant ces personnes.

L'importance du réseau primaire : Certains analystes affirment que les défaillances de l'aide naturelle sont un facteur de détérioration de la santé mentale, tandis que d'autres avancent que la maladie mentale amène une rup-

ture avec le réseau primaire. Selon ces deux types d'analyse, le réseau de solidarité ou d'entraide est perçu soit comme un complément au réseau primaire, soit comme une solution de rechange prenant systématiquement la relève de l'aide naturelle déficiente. Il importe pour nous d'étudier ces deux hypothèses afin de mieux comprendre le rapport qu'entretiennent les personnes rencontrées avec leur réseau primaire. La nature de notre recherche ne nous permet pas d'infirmer l'une ou l'autre de ces hypothèses mais nous aurons le souci de vérifier le processus d'exclusion sociale expérimenté par les neuf personnes interrogées.

Les rapports à l'aide professionnelle : L'organisation actuelle des soins en santé mentale est marquée par la division entre les services privés et les services publics. Cette division correspond au clivage qui existe entre les deux types de clientèles qui ont recours à l'un ou à l'autre réseau. Il nous a semblé pertinent de souligner cette spécificité de l'organisation des soins parce que nous retrouvons dans les mouvements d'entraide les **exclus** des services privés, soit les personnes les plus dépourvues, en particulier issues des milieux populaires (clientèle non consentante, à bout de souffle, à problèmes multiples). Nous voulons vérifier comment ces personnes en arrivent à demander de l'aide professionnelle. Comment décrivent-elles le processus de prise en charge institutionnelle et le rapport socio-culturel avec les thérapeutes?

Les réseaux d'entraide : Les pratiques d'entraide peuvent être perçues soit comme un complément à l'appareil bureaucratique, soit comme une solution de rechange contestant la validité et l'efficacité des services professionnels. L'une et l'autre de ces hypothèses servent, dans cette étude, à l'analyse des liens entre l'entraide, l'aide professionnelle et l'apport du milieu d'origine.

Notre parti pris consiste donc à nous situer entre les camps souvent opposés de l'aide institutionnelle et de l'entraide, et à tenter de découvrir comment les acteurs

sociaux utilisent à leur profit l'une et l'autre des ressources à leur disposition.

En somme, nous nous plaçons du côté des **aidés** et tentons de comprendre comment ces personnes se débrouillent entre leur réseau primaire, l'aide institutionnelle et l'entraide. Nous voulons saisir leurs stratégies de survie, leur façon de mobiliser les ressources à leur disposition ou d'en créer d'autres, pour rétablir leur santé mentale, ou se maintenir dans un état stable, sinon satisfaisant. C'est donc dans leur quotidien que nous voulons saisir l'importance de l'entraide chez les personnes qui ont bien voulu partager avec nous leur intimité.

Comment essayer d'évaluer, de comprendre ou d'interpréter la situation des personnes classées dans la catégorie des malades dits mentaux, alors que nous n'avons pas la même expérience qu'elles et que nos statuts socio-professionnels sont à peu près aux antipodes des leurs? Même si nous prétendons posséder une compréhension sympathique ou empathique de leur situation, est-ce suffisant pour nous donner accès à leur monde et à leur réalité, pour apprécier ce qu'elles vivent?

Comment saisir leurs difficultés quotidiennes, leur vécu, leurs soucis et les efforts qu'elles font pour s'en sortir? Nos préoccupations personnelles et professionnelles, il faut bien l'admettre, sont bien davantage centrées sur une qualité de vie et des plans à long terme, alors que ces personnes mènent une lutte de tous les instants pour leur survie, car elles sont souvent confrontées au découragement, au sentiment de rejet sociétal et même au suicide.

Comment apprécier le rôle et l'importance de l'entraide pour ces personnes? Quel sens a ce mot dans leur vie, quelles cordes sensibles cette notion touche-t-elle? Quelles sont leurs expériences en ce sens?

Ces questions ont, au départ, alimenté notre réflexion et nous ont amenés à conclure que les récits de vie constituent sans doute une façon à la fois réaliste et authentique d'éclairer ces préoccupations.

Pourquoi utiliser les récits de vie plutôt que d'autres approches méthodologiques de collecte de données? Nous avons voulu nous placer du côté de l'acteur social et apprécier comment il se situe, survit et évolue entre les ressources et les contraintes de son réseau primaire (parents, amis et amies), des services professionnels et des groupes d'entraide. Nous voulions comprendre quand, comment et à quelles fins cet acteur utilise ces divers réseaux.

Notre souci premier était de comprendre le **processus** de l'entraide plutôt que les résultats obtenus par les groupes de solidarité. À cette fin, nous voulions nous rapprocher le plus près possible du quotidien, du vécu des participants et des participantes. Comment ces gens survivent, interagissent, s'organisent et se débrouillent-ils malgré d'énormes difficultés de parcours? Comment passent-ils du registre des ressources primaires à celui des services professionnels et de l'entraide? En d'autres termes, pour saisir la personne dans son cheminement, nous avons voulu être le moins directifs possible.

Notre objectif est moins de saisir la place objective de chacun des systèmes d'aide que de comprendre les processus de recherche d'aide et la manière dont les acteurs sociaux évoluent constamment d'un système à l'autre pour survivre, se débrouiller. C'est pourquoi nous avons procédé à la collecte des données au moyen de récits de vie plutôt qu'à partir d'une approche quantitative.

Il va sans dire que quelques récits ne répondent pas nécessairement à toutes les questions posées; cependant, dans le cadre d'une recherche exploratoire comme celle-ci, nous espérions qu'ils nous permettraient tout au moins de

proposer quelques pistes de réflexion pour des recherches ultérieures.

En abordant des sujets très personnels, nous nous sommes rapidement aperçus que l'évocation du passé, dans ses moments les plus délicats et les plus fragiles, présentait une difficulté de taille; cette tâche devait être menée avec respect et délicatesse. Pouvions-nous, sans risquer de briser l'équilibre précaire de l'individu, explorer les moments marquants de sa vie qui, dans certains cas, lui ont permis de survivre, ou, dans d'autres cas, lui ont fait échapper à l'internement? L'oppression vécue et les expériences difficiles étaient encore bien présentes à l'esprit de plusieurs; l'équilibre dont jouissent ces personnes actuellement, toutes l'admettent, est souvent fragile. Certaines se considèrent encore à la merci des professionnels ou encore à deux pas d'une crise pouvant les mener à une autre exclusion, à des idées suicidaires, à l'abîme même!

C'est dans ce contexte que les entretiens ont dû être réalisés, tandis que nous visions à tirer le plus de sens possible des événements, et ce, en respectant l'intimité et la fragilité des personnes interrogées.

Pour la personne qui raconte et qualifie son récit, accepter de partager son passé implique non seulement une reconstruction des faits marquants, mais aussi une sélection et une interprétation des événements en question. En effet, lorsqu'un événement survenait, il n'avait pas nécessairement le sens qu'il prend maintenant, avec le recul du temps. En ce sens, nous reprenons le commentaire de Paul Grell : «toute analyse sociologique est soumise au double filtre du sujet observé et de l'observateur». (Grell, 1985, p. 86)

Nous avons pu recueillir les récits de neuf personnes originaires de trois régions différentes et possédant des expériences et des perspectives très variées. Quatre demeurent dans la région montréalaise, alors que les cinq

autres habitent le Nouveau-Brunswick. Dans plusieurs cas, une seconde entrevue en profondeur a complété la première.

Pour nous guider dans l'entretien, nous avons retenu certaines questions de base, que nous avons présentées comme thèmes à développer. Voici les principales :

- Raconte tes expériences en psychiatrie.
- Comment tout cela a-t-il débuté?
- Comment et grâce à qui t'en es-tu sorti-e?
- Quand tu as besoin d'aide maintenant, qui vas-tu voir?
- Pour quelles raisons choisis-tu ces personnes?
- Comment vis-tu l'entraide et quels sont pour toi les avantages et les contraintes de tels services?
- Quelle est l'importance des professionnel-le-s dans ta vie?
- Raconte comment tu survis au quotidien.
- Quelles sont tes grandes préoccupations?
- Raconte une expérience où tu as été en situation d'aide.

Une fois l'entretien transcrit, nous en faisions parvenir une copie à la personne interviewée, qui était invitée à nous faire part de ses commentaires ou modifications. Une d'entre elles nous a transmis un complément à son récit et une autre, lors d'un second entretien, en a profité pour préciser ou corriger certaines informations.

Plusieurs facteurs contribuent à justifier ce nombre limité d'entretiens. Reconnaissons que ce nombre peut, de prime abord, être considéré comme peu représentatif de la population visée. Compte tenu de la méthodologie et du contexte de la recherche, nous ne visions pas à généraliser les résultats, mais plutôt à faire ressortir des typologies qui pourraient servir dans le cadre de recherches ultérieures

portant sur un plus grand nombre de sujets. Par ailleurs, après une analyse préliminaire des neuf récits, nous étions convaincus de pouvoir y puiser une matière suffisamment riche et diversifiée pour procéder à l'analyse et arriver à des résultats significatifs.

Le choix d'un modèle d'analyse

Notre étude se centre sur la recherche d'aide, définie comme une pratique, une démarche ou une action dirigée vers une ressource. Nous retiendrons comme terrain d'observation chaque relation entre l'acteur social et une ressource qui lui est extérieure. Ce qui nous intéresse, ce n'est pas seulement l'acte posé, mais aussi le sens visé par l'acteur, le sens qu'il accorde à sa démarche. Nous voulons saisir l'intention qui s'en dégage.

Parler de «recherche d'aide» suppose que nous adoptions une vision active, dynamique des comportements des acteurs sociaux. Nous nous éloignons ainsi d'une perspective selon laquelle les comportements humains sont entièrement déterminés par la socialisation et intégralement explicables par la structure des normes et des contraintes sociales.

Notre perspective ne part pas d'une volonté de définir un système idéal de soins ou d'aide, ni de démontrer la supériorité absolue de l'entraide. Nous voulons plutôt nous détourner de l'étude des institutions et des modes d'intervention des professionnels pour laisser une large place aux acteurs sociaux et au sens qu'ils accordent à leurs démarches de demande d'aide et aux résultats qu'ils obtiennent.

Notre parti pris de départ pose l'existence de la diversité des cheminements suivis et des façons de se débrouiller pour survivre, lorsqu'on doit suivre des traitements psychiatriques dans une société qui marginalise la condition «d'ex-psychiatrisé». Ceux et celles qui ne peuvent ou ne veulent s'intégrer directement au marché du travail et aux

structures familiales adoptées par la majorité de la population se retrouvent au banc des exclus.

Nous nous appuierons également sur les concepts de «trajectoire sociale» et de «débrouillardise sociale» pour effectuer une lecture horizontale des récits. Cette lecture nous permettra de dégager une première typologie des modes de débrouillardise des personnes qui ont eu recours à des traitements psychiatriques ou à l'aide psychosociale.

Les concepts de trajectoire et de débrouillardise sociale

Nous avons déjà présenté la recherche d'aide comme un processus. Parler de processus, c'est poser que la recherche d'aide des acteurs sociaux n'est pas une suite de démarches sans liens, mais qu'elle tient d'une logique d'action, d'une manière d'intégrer les ressources et les réponses du milieu. En ce sens, nous utilisons le concept de trajectoire sociale élaboré par Paul Grell dans sa recherche sur les chômeurs. Tout comme le concept de recherche d'aide, celui de trajectoire sociale implique que les logiques d'action ne sont pas de simples calques des structures sociales.

> *Les trajectoires individuelles [...] sont sous-tendues par un ensemble de déterminants objectifs (la scolarité, les ressources, etc.) et de facteurs structurels (contraintes du milieu) en interactions complexes avec les capacités créatives de l'individu.*
>
> *[...] Sur ces filières institutionnelles viennent se greffer, partiellement et de manière plus ou moins autonome, des trajectoires sociales, c'est-à-dire que les individus qui se meuvent dans cet espace établissent un certain type de rapports avec le cadre institutionnel, par exemple : l'utilisent plus ou moins intensivement, plus ou moins machinalement, ou encore se l'approprient pour réaliser leurs propres projets. Autrement dit,* il y a lieu de ne pas confondre les filières institutionnelles *(ce que le cadre institutionnel propose aux chômeurs)* avec les trajectoires sociales *(la manière*

dont les individus évoluent dans l'espace du non-travail). (Grell, 1985, p.27-28)

Les démarches de recherche d'aide ont une direction, elles s'inscrivent dans une logique d'action que nous tenterons de découvrir. Selon cette logique, il sera possible de circonscrire des familles de récits, des types de trajectoires qui participent d'une même logique d'action. Nous parlerons alors d'un mode spécifique de débrouillardise sociale.

> *Par débrouillardise sociale, nous entendons désigner les pratiques multiformes tapies dans les activités et les «savoir-faire» que les chômeurs développent pour améliorer leur existence. Elle relève de l'intelligence pratique et recourt aussi bien à des calculs et des stratégies à plus ou moins long terme qu'à des procédés indirects et occasionnels. [...] Chacun est de plus en plus, jeune ou vieux, homme ou femme, de classe populaire ou de classe moyenne, contraint de se débrouiller avec des situations de plus en plus complexes, de chercher et de saisir les occasions, bref de s'employer à faire sa vie...* (Grell, 1985, p.25)

Pierre Bourdieu utilise les termes «sens pratique» ou encore «sens du jeu» pour désigner cette façon qu'ont les acteurs sociaux de construire ou plutôt de «bricoler» leur devenir.

Les divers profils sociaux de débrouillardise comprennent la définition de la situation par la personne en difficulté, les démarches qu'elle entreprend et la direction ou le sens de ses pratiques de recherche d'aide. Ces profils seront, en fait, la reconstitution de biographies types dont chacune rend compte d'une histoire spécifique de débrouillardise sociale. Ainsi serons-nous en mesure de saisir les multiples façons de survivre et de se débrouiller qu'ont les personnes ayant connu l'expérience des «traitements» psychiatriques.

L'analyse des récits

Dans ce contexte, nous retenons les pratiques de recherche d'aide comme unité d'analyse. Ces pratiques comprennent les démarches de demande d'aide entreprises par les personnes en difficulté ainsi que le sens qu'elles accordent à ces démarches. Nous voulons essayer de découvrir quand et comment les personnes interrogées font appel à leur réseau primaire en soulevant les questions suivantes : quelles sont leurs pratiques de recherche d'aide auprès de leur famille et de leurs amis et amies, et de quelle façon utilisent-elles les réponses fournies par leur milieu immédiat? Font-elles aussi appel à l'aide institutionnelle? Nous plaçons dans ce système toutes les formes d'aide fournies par un ou des professionnels, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou psychiatriques, ou encore des services fournis par les cliniques externes et les centres de jour des hôpitaux dits généraux. Enfin, nous voulons vérifier les pratiques d'entraide quotidiennes de chacune des personnes interrogées ainsi que le sens qu'elles accordent à leurs réseaux actuels.

Nous avons alors procédé récit par récit et avons retenu les diverses activités que les gens accomplissent pour se créer un milieu de vie le plus agréable possible. Chacun des récits a été restructuré selon les trois axes d'analyse déjà présentés : le rapport au réseau naturel, le rapport à l'aide institutionnelle et le rapport à l'entraide.

En concluant chaque chapitre, nous effectuons une quatrième lecture, où l'ensemble des récits sont repris, pour évaluer les trajectoires qui s'en dégagent. Nous regroupons alors les biographies qui présentent un profil relativement homogène et qui recoupent sensiblement les mêmes logiques d'action. Afin de dresser une première typologie des modes de débrouillardise des personnes qui suivent des traitements psychiatriques, nous classifions les biographies selon qu'elles suivent une logique institutionnelle, une logique a-

institutionnelle ou une logique anti-institutionnelle. Il s'agit d'une typologie construite *a priori*, mais qui ne présume pas au départ du nombre de types distincts possible.

> *Cette opposition suggère que les différentes activités peuvent être décrites à partir d'un continuum dont les pôles extrêmes sont représentés d'une part par l'identification pure et simple (la conformité) à l'institutionnel vu comme organe régulateur canalisant les activités, à la façon dont les instincts canalisent le comportement animal, et d'autre part, par la position contre-institutionnelle, toujours active, qui consiste à créer des modes de vie, des formes de liens sociaux, des «savoir-vivre» collectifs qui proposent de nouveaux rapports et de nouvelles normes de maîtrise de la vie quotidienne.* (Grell, 1985, p.148)

Ces diverses lectures des biographies recueillies pourront, nous l'espérons, rendre compte de la diversité des modes de débrouillardise des personnes qui suivent des traitements psychiatriques et contribuer à proposer une approche plus globale de la formation des professionnel-les qui sont appelés à intervenir auprès d'elles.

5

LE RÉSEAU PRIMAIRE

> ***Moi j'avais une famille mais elle ne voyait pas. Je comprends qu'elle ne voyait pas parce que j'étais incapable de le dire. C'est difficile de dire ce qui pourrait aider parce que tu n'es pas capable de dire ce que tu as, à cause de toutes sortes de peurs de te faire traiter de fou.***
>
> Simon-Pierre

Le rapport entre les personnes qui reçoivent des soins psychiatriques et leur réseau primaire est souvent intrigant, sinon problématique. D'une part, beaucoup des recherches sur le sujet insistent sur l'isolement des personnes atteintes de maladie mentale, si bien que plusieurs auteurs considèrent la richesse et la diversité des relations au sein du réseau primaire comme un critère de bonne santé mentale. Par ailleurs, les relations de cause à effet entre l'isolement et la maladie mentale ne sont pas clairement établies. Certes, nous pouvons considérer que l'isolement peut causer un déséquilibre socio-affectif, mais la maladie elle-même peut entraîner l'isolement, à la suite des réactions de méfiance exprimées par le réseau primaire par exemple.

Notre objectif n'est pas ici de mesurer le taux d'isolement des personnes interrogées. Nous voulons plutôt tenter de comprendre de quelle façon se nouent et se dénouent les liens avec les membres de la famille, les voisins, les amis et amies avant la période de difficulté ainsi que pendant et après la crise ou les crises successives. Nous suivrons donc attentivement les récits des neuf personnes qui ont bien voulu nous raconter leur vie.

Nous voulons exposer ici la façon dont les personnes interrogées posent elles-mêmes leurs rapports à leur réseau primaire. Avaient-elles un réseau riche et diversifié avant d'avoir recours à des soins psychiatriques? Pendant la période de crise, ont-elles fait appel à leurs parents, amis et amies? S'appuient-elles maintenant sur leur réseau de relations amicales ou de parents? En suivant ces personnes pas à pas, au gré de leur cheminement, peut-être saurons-nous alors situer l'importance du réseau primaire dans leur vie quotidienne.

Puisque nous présentons les personnes participant à cette recherche pour la première fois, nous décrirons brièvement pour chacune d'elle le contexte et le déroulement global du segment de vie raconté.

Alfred

Alfred demeure dans une région rurale. Il a été envoyé à un psychiatre pour la première fois en 1985. Il ne prend aucun médicament, mais continue à consulter son psychiatre une fois par mois depuis cette date. Il a toujours vécu chez ses parents. Depuis 1988, il coordonne un groupe d'entraide pour les personnes qui suivent des traitements psychiatriques. Il travaille aussi activement au regroupement des organisations d'entraide en santé mentale de sa province.

À cause d'une malformation congénitale de la lèvre supérieure, Alfred a dû subir plusieurs interventions chirurgicales dans sa jeunesse. Ses rapports avec ses parents

restent marqués par cette situation, puisqu'il considère que sa famille a porté trop d'attention à ce handicap et qu'on a trop insisté sur les différentes interventions qu'il devait subir. Voici de quelle façon il nous en fait part :

On voulait me faire sentir spécial à la maison. Mon apparence était pire que celle des autres. Ils me disaient d'avance quand j'allais me faire opérer, cinq ans avant le temps; ça fait que j'avais cinq ans à «worrier». Tout le programme était planifié d'avance. C'est pour ça que j'ai un agenda. Mes misères ont été structurées d'avance.

Il garde plutôt de mauvais souvenirs de son réseau d'amis, tout au moins de son enfance. À sept ou huit ans, à l'école, il s'est senti rejeté et a même subi des mauvais traitements de la part d'enfants plus âgés.

Je «feelais» toujours que ce n'était pas juste d'eux autres de faire ça à moi, parce que j'avais trop eu de la misère avec mes opérations. Je me souviens que je me faisais battre jusqu'aux plaques bleues.

Mais c'est à l'adolescence qu'Alfred considère avoir véritablement perdu son réseau d'amis. Placé devant la nécessité de choisir une orientation scolaire en neuvième année, il devient très stressé, paralysé socialement. Entre l'âge de 14 et de 21 ans, il vivra complètement isolé de ses amis :

Quand j'ai venu à cet âge-là, j'ai venu découragé et j'ai tout abandonné ça. De quatorze à vingt et un an, j'ai resté renfermé, ça fait que j'ai tout perdu ça. J'allais dehors le temps du midi pour pas que personne me voie. Si j'allais au magasin, j'y allais la semaine, je n'allais pas le week-end parce que je voulais que personne ne me voie. J'étais tanné de tout. Je «feelais» que j'avais été trahi par des amis du temps. Le monde se moquait de moi. On me faisait des tours. Quand j'ai gradué de l'école, je suis resté trois ans sans travailler. Je n'avais pas même le courage de demander l'assistance sociale. Ça me faisait rien.

Interrogé sur les personnes qui l'ont entouré pendant cette période dépressive, Alfred nous dira qu'il y avait les membres de sa famille, mais qu'il ne communiquait pas avec eux.

Après le secondaire, Alfred s'inscrit à l'université, mais devra la quitter au bout de deux semaines. «C'était assez stressant, je voulais me tuer, je voulais me suicider» dira-t-il. C'est alors qu'il consulte son médecin de famille, qui le renvoie à un psychiatre. Ses parents le soutiendront financièrement pendant ses périodes d'inactivité. Pourtant, ce n'est pas auprès d'eux qu'Alfred ira chercher compréhension et appui émotif. Voici en quels termes il parle de ses parents :

> *Ce que je «feel» envers mon père et ma mère? Je ne sais pas. Mon père et ma mère ne me connaissent pas. Ils savent que je viens beaucoup découragé et que je ne dis pas ce que je «feel», mais ce n'est pas des personnes qui savent ce que je pense.*

Il dira aussi qu'il a «été élevé dans un environnement où est-ce que l'on disait : "fait mine que ça fait pas mal, c'est mauvais ça".» En bref, les membres de sa famille l'entourent, mais ne semblent pas faire partie de ses références importantes. En plus de ses parents, il voit «de temps en temps» un cousin; soulignons qu'il ne nous parle à peu près pas de sa sœur.

Alfred a occupé quelques emplois temporaires et, depuis deux ans, il coordonne un groupe d'entraide pour ex-psychiatrisés. Son réseau primaire demeure assez restreint. Il ne fréquente presque personne en dehors de sa famille et de son milieu de travail, à l'exception d'un ami qu'il a rencontré au groupe d'entraide : «quelqu'un qui a beaucoup souffert et on a des choses en commun. Il a le même psychiatre que moi et l'on se comprend.» Il considère qu'il n'a pas de vie personnelle, que sa vie sociale est entièrement liée à son travail : «C'est pas vraiment équilibré.» En résumé, nous pouvons avancer que le réseau primaire

d'Alfred est important, en ce sens qu'il a toujours pu compter sur les membres de sa famille pour l'héberger et pour l'aider financièrement en cas de difficultés. Par contre, c'est auprès du groupe d'entraide et des professionnels qu'il ira chercher les éléments qui le feront progresser sur le plan de l'autonomie et de l'équilibre psychique. C'est là qu'il rencontrera les personnes importantes pour lui, celles dont il parle beaucoup.

Bernard

Bernard a vécu son enfance dans une région rurale. Il se décrit comme un «gars solide, un petit peu tough» à l'adolescence. «Je faisais beaucoup d'haltères et je me suis fait faire des "tatous"», dit-il. À la mort de son père, il est âgé de 14 ans et fait une première dépression.

> *Mon père était médecin. Quand mon père est mort, c'est là que les problèmes ont commencé, supposément : j'ai viré à moitié fou.*

Après ses études secondaires, il voyage : «J'ai passé pas mal toutes les villes du Canada. Des fois, je faisais du pouce en dehors de la route transcanadienne pour voir les chemins de campagne. Ça c'est avant que je sois tombé malade. Avant que j'aie 20 ans.» À 20 ans, il s'inscrit à un CEGEP, mais ne poursuit ses études que pendant quelques semaines. Il n'a «pas pu tougher» et retourne vivre chez sa mère. C'est la première fois qu'il «tombe malade» dit-il, et il est hospitalisé.

Entre l'âge de 20 et de 25 ans, Bernard vagabonde. Il reconnaît avoir fait un usage abusif d'alcool et de drogues et avoir eu continuellement des idées suicidaires. Il loge à maintes reprises dans des refuges pour personnes sans le sou. À 25 ans, il fait une tentative de suicide et ensuite, c'est la conversion : «Comme moi, pour ma santé et pour mon aide, moi c'est l'affaire que j'ai découvert Jésus dans la vie» répétera-t-il à plusieurs reprises. Depuis ce temps, il

lit constamment la Bible. Voici comment il nous fait part de cette expérience de conversion :

J'en ai parlé avec un psychiatre, un spécialiste des religions. Il était bien sympathique avec moi. Il m'a dit de lire la Bible : ça a tout changé. J'ai arrêté de boire, de prendre de la «dope». Je suis comme on dit «straight» et je me sens mieux de même.

Bernard a maintenant 33 ans. Il prend des médicaments depuis l'âge de 20 ans et a été hospitalisé dans un établissement psychiatrique à trois reprises. Il vit seul et est relativement autonome. Quelles ont été ses liens avec son réseau primaire pendant tout ce temps?

C'est à 20 ans, lorsqu'il est tombé malade, que Bernard considère qu'il a changé du jour au lendemain : «Je n'étais plus pareil avec mes amis, ma vie s'était complètement troublée.» Il a été appuyé par sa famille pendant cette période :

J'ai été hospitalisé pas longtemps après que j'ai été voir un psychiatre. J'ai eu des traitements de chocs électriques. Si ce n'avait pas été de ma mère, je ne sais pas comment j'aurais fait. Mon frère aussi m'a aidé pas mal. Quand je voulais me suicider, je pouvais lui téléphoner, je lui parlais. Mon deuxième père m'a beaucoup aidé aussi.

Bernard maintient donc des liens assez soutenus avec sa famille. Il est demeuré chez sa mère jusqu'à l'âge de 23 ou 24 ans, ensuite il a vécu avec une amie mais il nous parle très peu de cette relation. C'est surtout son rapport avec sa mère qu'il considère important. Elle l'a aidé à maintes reprises et, même s'il est indépendant financièrement maintenant, il peut toujours compter sur elle. Voici en quels termes il nous en parle :

Par chance que ma mère m'a aidé et s'est occupée de ça, parce que... Moi j'étais malade, je ne pouvais pas me défendre. C'est elle qui me connaît le plus au

monde. Elle m'a beaucoup aidé. Il a été un temps où ça ne marchait pas trop bien, moi et elle, à cause de ma maladie. Si ça ne serait pas de ma mère je n'aurais pas ceci, je n'aurais pas d'argent pour payer ceci, de l'argent et tout ça. Elle ne m'en donne pas souvent. Des fois elle va faire ma «grocery». Ma mère s'est remariée de nouveau; c'est mon ami, (son nouveau mari) c'est comme un «big brother» pour moi, il remplace mon père aussi.

En plus de ses liens familiaux, Bernard s'est fait un ami qu'il a rencontré au centre de jour :

Puis là il est venu rester avec moi. Je lui ai demandé pour qu'il vienne rester avec moi. Il fallait que je sois avec quelqu'un. On s'est aidés l'un l'autre; aider, dans un cas comme ça, c'est juste l'idée d'être ensemble.

Cette relation a cessé après quelques mois. Il vit maintenant seul. Bernard considère qu'il a aidé pas mal de personnes. Sa vie sociale semble le satisfaire. «Il y a un de mes amis qui trouve que je me fais des amis facilement», dit-il. Pourtant, il mentionnera à plusieurs reprises sa difficulté de tolérer la solitude, surtout lorsqu'il a déménagé en appartement pour la première fois. Même s'il peut compter sur ses liens familiaux et sur certains amis, c'est dans la prière et la lecture de la Bible qu'il puise toujours le réconfort dont il a besoin.

Bernard a maintenu des liens assez solides avec sa famille et entretient un certain réseau d'amis même si, dans un premier temps, sa maladie a complètement bouleversé ses relations. Sa conversion demeure toutefois un événement marquant et il fera appel à sa famille et à ses amis pour de l'aide concrète et son organisation matérielle (payer son logement, ne pas être seul); il puise surtout son soutien émotif et moral dans la spiritualité.

Charles

Charles, l'aîné d'une famille de quatre enfants, demeure dans une grande ville. Il a une histoire psychiatrique très lourde. Au début de la vingtaine, il est interné en institut psychiatrique pendant quatre ans. Francophone, il vit ensuite pendant sept ans dans un foyer de langue anglaise. Entre 1982 et 1989, il sera hospitalisé six fois et fera plusieurs tentatives de suicide. À la suite d'une de ses hospitalisations, il est transféré dans un foyer d'accueil, après quoi il est pris en charge en vertu d'un projet d'aide au logement pour les personnes qui reçoivent des soins psychiatriques. Il vit maintenant seul.

Ses expériences avec son réseau primaire sont très difficiles. Tout jeune, Charles se sent rejeté. Il se perçoit comme un enfant qui parlait très peu. «Quand je disais quelque chose, je trouvais ça stupide», nous confie-t-il. Ses souvenirs d'école ne sont guère reluisants :

> *Je n'étais pas respecté. J'étais fourré par tout le monde. À l'école, ils se mettaient deux, trois sur moi... me tordaient le bras... riaient de moi. J'ai été persécuté.*
>
> *Quand j'étais adolescent, je n'ai pas eu de blonde. J'ai eu une blonde à dix-neuf ans.*

Après ses études secondaires, il quitte sa famille pour aller vivre avec une mère seule. C'est alors qu'il participe à la rédaction d'une «revue underground». Il y publie deux articles, ce qui sera très important pour lui, car il rêve toujours de devenir écrivain.

> *J'étais hippie à plein temps. Je vendais des journaux underground. Je faisais deux jobs. Je ne prenais pas souvent de drogues à cette époque-là.*

C'est à la suite d'un «bad trip» au LSD qu'il sera hospitalisé. Pendant son séjour à l'hôpital, son père se suicide. Voici de quelle façon il décrit le climat familial :

Mes parents étaient séparés. Il (son père) avait «cassé» avec sa blonde et ça allait mal. Mes sœurs faisaient du «trouble» à mon père. J'en ai battu une après qu'il est mort. Ah, oui! Elle est virée mal. Elle est devenue «porno-star», «strip-teaseuse» et danseuse nue. Elle a sacré son camp. Je ne l'ai plus jamais revue et je suis bien content de m'être débarrassé d'elle.

Charles entretient toutefois de bons rapports avec sa mère. Elle constitue toujours son principal appui; il n'a pas accepté de vivre loin d'elle après son hospitalisation en institut psychiatrique. Voici en quels termes il raconte cet épisode :

Ma sœur et mon psychiatre m'ont menacé de faire du «trouble» si j'allais vivre avec ma mère. J'ai tenu compte de ça, parce que je n'avais pas envie que ma mère disparaisse une deuxième fois.

Même actuellement, il téléphone souvent à sa mère et lui rend visite fréquemment. Plus tard, lorsqu'il sera à nouveau dans la rue et sans le sou, il dira : «Maman m'a aidé, elle m'a donné des repas.»

Pendant son séjour dans une maison de transition, il a aussi obtenu du soutien d'une de ses sœurs, mais à une autre occasion, il dira ne pas avoir obtenu d'appui d'elle : «Même ma sœur a failli. J'ai manqué d'argent et elle ne m'a pas même aidé.»

En ce qui a trait à son réseau d'amis et amies, Charles dit qu'il «socialise»; cependant, il est très tendu et se décrit comme violent intérieurement.

J'assassine du monde dans ma tête, cinquante fois par jour. Je m'entends assez bien avec tout le monde. Je me fais embarquer dans tellement d'affaires. Du monde me dit des choses déplaisantes ou me réprimande. Je les hais pour la vie. À ce moment-là, je les assassine ou je les bats dans ma tête. C'est pour ça que j'ai toujours les poings fermés.

Il revient à plusieurs reprises sur sa difficulté à «se faire une blonde», et il explique même certaines tentatives de suicide de la façon suivante : «À cette époque-là, j'étais malheureux parce que je n'avais pas de blonde.» Ses rapports amicaux sont plus distants depuis que deux de ses amis se sont suicidés.

> *Je sors à gauche, à droite; je ne me fais pas de blonde. Je socialise. Des amis, même pour un bout de temps, je n'en voulais plus des amis. J'ai deux de mes amis qui se sont suicidés. Ils étaient suicidaires et ils m'en parlaient et ça ne m'impressionnait même pas. Ils ont sauté dans l'«express-way». Ils se sont tués d'une façon violente. Quand je pense que de grands amis se sont suicidés.*

Charles a maintenant 40 ans; il vit de l'aide sociale et compte sur le groupe d'entraide comme soutien dans le quotidien. Il semble évident que le réseau primaire de Charles était trop limité, à un moment donné, pour répondre à ses besoins. Sa mère, retraitée, était incapable de l'héberger; à l'occasion, une de ses sœurs lui est venue en aide, mais c'était nettement insuffisant.

Denise

Le récit de Denise est très court; nous avons toutefois suffisamment de renseignements pour situer l'importance de son réseau primaire, de l'aide professionnelle et de l'entraide dans sa vie quotidienne.

Victime d'un handicap psycho-moteur, elle est en chaise roulante depuis l'âge de trois ans. Elle a maintenant 49 ans et vit en institut psychiatrique depuis 13 ans. Au début de son séjour en institut, elle a reçu trois électrochocs.

Denise a de très bons souvenirs de son enfance : «[...] ils m'appelaient la petite princesse sur la rue parce que ma mère faisait tout mon linge.»

Elle fréquente l'école publique jusqu'en douzième année, même si «dans ce temps-là, mettre une personne handicapée parmi les bien-portants, c'était plutôt une exception» dit-elle. Ses études secondaires terminées, elle s'inscrit à un programme d'éducation spécialisée.

Ses parents vieillissent et ne peuvent plus s'occuper d'elle. C'est alors que, faute de mieux, elle est placée en institution psychiatrique. Cette situation est très dure pour elle; lorsqu'elle se rend compte qu'un retour au domicile parental est impossible, elle fait une dépression :

Parce que je sentais qu'il n'y avait plus personne qui était capable de prendre soin de moi. Mes parents sont devenus âgés, alors ils étaient moins capables de prendre soin de moi. Je suis sortie de la dépression. Vu que je n'ai pas d'autre place où rester, on va me garder ici. C'est le docteur qui a une grosse part là-dedans.

Le décès de sa mère est très difficile pour elle : «Moi, ils me trouvaient tellement encore dépendante de mes parents, par rapport à mon handicap, que j'aurais voulu que maman vive une éternité de temps et ce n'est pas possible.»

Elle a accepté de vivre en institution pourvu que ses sœurs viennent la voir. Elle compte toujours sur l'appui de celles-ci et est surtout heureuse de ne pas être pensionnée :

Si j'avais été une enfant unique, ça n'aurait pas été drôle. Je ne suis pas «sur une pension». C'est ça qui est beau. Je vis avec l'intérêt de l'argent de la maison qui a été vendue grâce à mes sœurs qui m'aident.

En plus de la présence occasionnelle de ses sœurs, elle apprécie grandement les visites des bénévoles de l'hôpital : «Ça me fait énormément plaisir [de la visite]. Ça fait un échange. Ça fait du bien, on cause ensemble, on échange ensemble.»

Le réseau primaire de Denise semble donc limité à sa famille. De leur vivant, ses parents l'ont toujours soutenue

matériellement et émotivement. Ses sœurs ont pris la relève même si elles n'étaient pas en mesure de l'héberger. Denise demeure donc dans un institut psychiatrique parce qu'elle «n'a pas d'autre place où rester». Son réseau primaire demeure cependant son principal appui.

Fernand

Fernand a 40 ans. Originaire d'une famille nombreuse, il tente de se suicider à 14 ans. Il vit une période de profonde dépression, à 21 ans, et prend des médicaments depuis. Il a été hospitalisé à trois ou quatre reprises, pour des durées de trois à six mois.

Fernand connaît une enfance difficile même si le climat familial semble assez serein; vers l'âge de 10 ans, son frère aîné meurt à la suite d'un accident; cela l'affecte beaucoup : «Le traumatisme dont je me rappelle dans ma vie, c'est mon frère.» Il se décrit comme un enfant qui ne s'exprimait pas beaucoup et que «personne ne comprenait». La vie de bande l'a marqué. Il s'est beaucoup battu et a «mangé bien des râclées». «Dans ma jeunesse, je me suis prouvé. J'étais dans les gangs. Ça allait bien; c'était le système de ce temps-là» dit-il.

Voici comment il décrit le milieu de son enfance et de sa première tentative de suicide :

> *On a eu beaucoup de «trouble»; jeunes, nous n'étions pas riches. On était une grosse famille de sept. On n'a pas manqué de manger ni de linge. On n'a pas manqué de chauffage ni de «fun».*
>
> *Ils m'ont posé des questions après ma tentative de suicide et je ne parlais pas. Qu'est-ce que ça donnerait de m'exprimer, de crier ma rage, ma fureur de vivre, quand personne ne me comprend? C'est ça la sensation que j'avais.*

Fernand commence à travailler à 14 ans, dans une usine de confection de vêtements. Il poursuit toutefois ses études

secondaires et se réjouit de l'appui que ses parents lui apportent dans ses projets scolaires. Ceux-ci avaient de grandes ambitions pour lui : ils le destinaient à la prêtrise :

Il (son père) *m'a dit qu'au moins un allait finir son collège; et après ça, on n'aura plus besoin de t'aider, tu vas te guider toi-même, tu vas savoir qu'est-ce que tu fais.*

J'étais censé devenir un prêtre. J'ai fait les séminaires quand j'allais au collège. Mais ce n'était pas mon domaine.

Très déçu de ne pas être admis à l'université, Fernand obtiendra un emploi au gouvernement provincial. Il s'y sent marginal : «Je ne suis pas conforme. J'aime mes jeans, mes bottes de construction et j'aime des T-shirts. La cravate... j'ai accepté parce qu'il fallait que je le fasse, il fallait que je travaille», dit-il. Il dit aussi avoir beaucoup trop de travail. Après trois ans, il fait une dépression due au surmenage. Voici ce qui se passe par la suite :

Je me suis ramassé dans un hôpital psychiatrique privé. Les assurances (les assurances-salaire, probablement) *ont manqué, ça fait que j'ai retourné au gouvernement. Ils m'ont donné des ouvrages simples, très très faciles. Je ne voyais pas le sens de la job : finalement j'ai claqué. J'ai lâché parce que je faisais des erreurs.*

Après son hospitalisation, il considère qu'il est plus difficile de vivre chez ses parents :

J'ai toujours été pointé du doigt, ça fait que je suis parti de chez nous. J'ai rencontré une fille et je me suis marié, on a eu un enfant.

Son fils a maintenant 16 ans et est placé dans une famille d'accueil. Fernand n'a pas de droit de visite, mais il sait où son enfant demeure et a donné signe de vie au couple responsable de son fils : «J'ai écrit une lettre et j'ai dit que

si vraiment il est intéressé à venir me voir, ils vont me le montrer.»

Après sa séparation, il vagabonde et est hospitalisé à quelques reprises. Son état de santé est stable maintenant, et il travaille de façon sporadique. Il est en bons termes avec les membres de sa famille :

Je prends soin de ma mère; elle a une maison. Elle a 76 ans. Je couche là. J'ai ma chambre et je suis tout équipé. Mes sœurs s'occupent de ma mère aussi. J'ai quatre sœurs. On est tous plus ou moins en rotation.

La situation est calme. J'ai des blondes à l'occasion. Quand une de mes amies me demande d'aller chez elle, j'appelle ma mère et je lui dis qu'il y a une bonne chance que je ne rentrerai pas à soir. Elle, ça ne lui fait rien, en autant que je l'avertisse et qu'elle puisse mettre la chaîne.

Fernand a maintenant une amie sur qui il peut compter s'il a besoin d'aide. Il a aussi beaucoup d'amis et d'amies qu'il rencontre soit au groupe d'entraide, soit dans les bars.

Je suis un bon vivant. J'aime mon verre social. J'aime mes «parties» avec mes amis. De temps en temps, j'en vire une bonne.

Fernand a donc un réseau primaire assez riche et diversifié. Il voit les membres de sa famille régulièrement et prend soin de sa mère. Il ne peut cependant pas compter sur sa famille pour obtenir du soutien matériel. En cas de difficulté ou lorsqu'il se sent mal, il connaît des personnes en qui il a confiance et à qui il peut se confier.

Hermance

Hermance demeure dans une région rurale. Elle est la sixième d'une famille de onze enfants. Son père, un agriculteur-pêcheur, était souvent absent de la maison et Hermance considère que les soins qu'exigeait une famille si nombreuse étaient une tâche trop lourde pour sa mère.

Dépressive, celle-ci comptait beaucoup sur les aînées de la famille pour répondre aux besoins des plus jeunes. Voici comment Hermance décrit son milieu familial :

[...] Où l'amour et l'affection maternelle n'étaient pas toujours là. Ma mère était une personne très dépressive et je ne comprenais pas toujours pourquoi elle était de même : j'ai finalement compris quand, à mon tour, j'ai fait une dépression.

Hermance quitte l'école avant la fin de ses études secondaires, parce qu'il lui faut «gagner sa vie». Après deux ans sur le marché du travail, elle se marie. Pendant six ans, le couple vivra chez les parents de son conjoint. Hermance considère alors qu'elle n'a pas de vie familiale et qu'elle ne peut pas élever son enfant comme elle l'entend.

Je ne blâme pas mon mari, parce que sa mère l'a eu six ans après qu'elle n'avait pas eu d'autres enfants et ça (son mari) *a été gâté. Après ça on est déménagés dans ma maison.*

Après la naissance d'un second enfant, Hermance doit se résigner à garder sa belle-mère malade chez elle parce qu'aucune de ses filles n'est en mesure d'en prendre soin. Ce fut une période difficile sur laquelle Hermance préfère «ne pas revenir». Elle en parle en ces termes :

C'est toute une histoire. Je suis prise avec deux enfants à la maison, je travaille à plein temps, j'ai ma belle-mère qui est diabétique, qu'il faut que je pique avant de m'en aller travailler le matin. Oui, et jamais de support en arrière de moi.

À la suite d'une grande déception dont elle ne parle pas en détail, elle fait une dépression. Une amie l'aidera à traverser cette période. Selon Hermance, cette relation d'amitié l'a sauvée.

Mais j'avais mon amie qui était là et je l'ai appelée et j'ai dit : «Viens, ça ne marche plus, je ne sais plus quoi faire de moi.» Je ne fonctionnais plus du tout. J'ai commencé à parler de ce qui me dérangeait dans ma dépression, mon but que j'avais quasiment atteint, mais que j'avais tombé de haut parce que cette chose-là était arrivée. Elle me comprenait parce qu'elle vivait un peu la situation que j'étais dedans.

Dans ce temps-là, si cette amie-là n'avait pas été là, je ne serais pas ici. Est-ce que je serais plus mentalement atteinte? Mon amie, je pense que ça valait un médecin, ça valait un psychologue, ça valait un psychiatre. Elle ne me disait pas «fais pas ça, fais ça». Elle m'écoutait.

Hernance n'a fait qu'une seule dépression, c'est «ma première et ma dernière, j'espère, mais je suis contente aujourdhui d'avoir pu passer à travers ça. Tu sors enrichie d'une dépression et tu sors avec un bagage d'émotions et de sentiments que tu ne connaissais pas avant.»

Après sa dépression, elle commence à se prendre en main : «J'avais fini «d'investir» toujours sur les autres et de ne jamais penser à moi. Si tu penses jamais à toi, comment tu peux faire pour penser aux autres complètement?» Par la suite, ele se cherche une activité dans laquelle elle peut se réaliser pleinement. C'est alors qu'elle s'initie à l'entraide grâce à une de ses sœurs qui travaille dans le domaine de la santé mentale.

Hernance crée alors un groupe de Déprimés-anonymes dans sa région; elle y travaille maintenant comme animatrice. Elle considère que cette activité l'aide à se maintenir en bonne santé.

Ma santé mentale s'en porte mieux. L'écoute des autres m'apporte beaucoup. Ça m'enrichit d'écouter les autres dire leurs difficultés, leur vécu.

Hernance nous semble avoir un bon réseau de parents, d'amies et amies. Elle parle cependant très peu de son mari

et de ses enfants. Ceux-ci ne semblent pas lui apporter de soutien émotionnel. En cas de difficulté, c'est son amie qu'elle ira voir : «Quand je ne me sens pas trop, trop haute, je peux l'appeler et on s'organise quelque chose et on se remonte. Je sais qu'elle est là dans le temps où j'en ai besoin. Ça c'est important!»

Lorraine

Lorraine est native d'une région rurale; elle a une longue histoire médicale et psychiatrique. C'est à 17 ans qu'elle est hospitalisée pour la première fois, à la suite d'une dépression. Elle a maintenant 34 ans. En l'espace de 17 ans, elle a subi pas moins de 14 interventions chirurgicales et a été hospitalisée à trois reprises pour des problèmes de santé mentale.

À l'adolescence, Lorraine semble bien intégrée à son milieu. Après sa dixième année, elle travaille tout l'été à un projet de loisir pour les jeunes de sa communauté, initiative marrainée par Perspective Jeunesse. «J'étais bonne là-dedans, ça fait que j'ai vraiment aimé ça» dit-elle. Mais à la fin de l'été, elle a continuellement mal à la tête. Quelques mois plus tard, elle est hospitalisée pour une dépression, qu'elle explique ainsi : un choix de carrière forcé, une peine d'amour («...lui sortait avec une fille par là...») et un régime amaigrissant sans surveillance.

Je voulais devenir garde-malade. (Mais) *je me suis embarquée dans le cours commercial : je haïssais tout, la «dactylo», le «shorthand», tout. Je ne «fittais» pas là. J'avais juste 15 ans, puis j'ai dit à ma mère que je voulais changer, que j'avais été voir le professeur d'orientation. Elle dit : «Ben, je serai morte dans ce temps-là, je pourrai pas aller te voir graduer.» Pour elle, graduer, c'était, tu sais... Je suis restée pour plaire à ma mère.*

Puis là, moi je me trouvais trop grosse. C'était la mode, les filles étaient maigres. Ça fait que j'ai suivi

une «diète» sans supervision. Une pomme et une orange par jour. C'est là que j'ai manqué. Je crois que c'est ça qui a déclenché.

La période de crise dure trois jours et Lorraine est hospitalisée pendant ce temps. Ensuite, elle retourne chez elle : «Moi, c'est comme si j'ai fait une secousse, puis tout d'un coup, bang! Je suis revenue à la terre, à la réalité comme ça, aussi vite que ça m'a poignée.»

Elle remonte la pente et retourne à l'école, où elle «commence à être populaire avec la guitare; tout le monde voulait entendre Lorraine. Dans ma classe on me faisait chanter mes chansons.» Encore une fois, elle semble relativement bien intégrée à son milieu. Elle fait partie d'un groupe de théâtre et organise des activités de loisir pour les adolescents. Une religieuse qui enseigne à l'école sera son principal appui pendant cette période.

Puis je commençais à voir Sœur C. Elle m'a aidée à regagner confiance en moi-même. J'ai commencé à écrire des chansons.

Elle a pris le temps de m'écouter. Elle m'encourageait. Elle disait que j'étais «worthwhile», que j'étais importante, et moi je ne pouvais pas voir ça, tu sais, dans ce temps-là.

Après ses études secondaires, Lorraine est acceptée au programme de secrétariat médical, au centre universitaire local : «Ça, c'est plus proche de garde-malade.» Elle n'y va pourtant pas, parce qu'à ce moment-là, elle est suivie par un psychiatre.

L'idée du retour aux études revient comme un leitmotiv tout au long du récit : «J'ai toujours voulu retourner étudier, mais je n'ai pas été» répète-t-elle à plusieurs reprises.

Lorraine obtient un emploi de secrétaire, mais ne se sent pas bien : «J'aimais pas la vie dans ce temps-là.» C'est peut-être ce qui explique qu'elle «s'embarque dans la drogue par-dessus la tête». Elle tente à plusieurs reprises d'arrêter

d'en consommer, «par respect pour mes parents», avoue-t-elle. Mais elle n'y parvient pas : «Je ne pouvais pas fonctionner après parce que je n'avais pas d'aide.» Voici comment elle décrit le contexte de sa deuxième dépression, à 19 ans, et comment une amie a réussi à la faire sortir de chez elle :

«So», je l'ai laissé (un nouvel ami), *puis j'ai arrêté de prendre de la «dope» pour à peu près quatre mois. J'ai fait un gros «nervous breakdown» après. Sans médicaments, sans aide, sans rien.*

Ça été le tournant de ma vie en psychiatrie. J'ai revu le docteur, et il a dit que j'avais le sang trop bas et que je restais trop à la maison.

À un moment donné, ma «friend» me faisait voir que juste rester à la maison que ça allait être pire et de sortir un peu. Ça m'a sortie de la maison. J'ai été à l'hôpital. Là, «j'agreeais» (j'étais d'accord) *avec elle.*

Elle retourne travailler, mais peu de temps après, elle rechute et elle retourne vivre chez ses parents. C'est à cette époque qu'elle a connu celui qui deviendra son mari.

Là on a «back» pris ensemble, moi et mon ami, puis à un moment donné, j'étais en chômage, je me trouvais ben. J'étais à la maison (chez ses parents), *pas de «board»* (pension), *pas rien. Je faisais ce que je voulais.*

– Qu'est-ce qui aurait pu t'aider?

– Une oreille pour écouter. Peut-être une petite main pour me guider, me motiver. Mais je n'avais pas d'enfants. Je pouvais faire ce que je voulais.

Après son mariage, elle fait une autre dépression et subit plusieurs interventions chirurgicales : «J'ai commencé à avoir des opérations, l'une après l'autre. Ça m'a «magannée» beaucoup. J'ai retombé dans la «dope». Je ne restais pas juste sur le «hash» ou la «grass», ces affaires-là. Je me suis détruit la tête». Après la naissance de son

enfant, à 24 ans, elle est hospitalisée de nouveau en psychiatrie; elle fait encore une grave dépression cinq ans plus tard. À cette occasion, elle loge chez ses parents, le temps de se remettre.

Dans son enfance, Lorraine semble avoir eu un rapport difficile avec ses parents. Au début du récit, elle dit : «Il y avait de l'abus à la maison, physiquement, puis je ne pouvais pas contrôler ça, puis mentalement aussi.» Pourtant, après ses études secondaires, et même après son mariage, à chaque moment difficile, elle retourne vivre chez ses parents. Voici comment elle décrit les rapports qu'elle entretient actuellement avec eux :

> *Aujourd'hui, la famille, nous sommes très proches. On s'aime beaucoup. Il n'y a plus de manque de communication. Avec mes parents... je leur ai pardonné parce que je suis parent aujourd'hui et je sais comment ça peut être dur.*

Lorraine ne nous parle pas de ses liens avec ses frères et sœurs, mais elle nous entretient longuement de sa relation avec Armand, son mari, qui travaille de nuit et a des problèmes d'alcool. «Il dort tout le temps et j'aime pas ça» dit-elle. Elle raconte aussi qu'à la suite d'une de ses nombreuses hospitalisations, il a refusé de se rendre au bureau d'aide sociale pour demander l'assistance de l'auxiliaire familiale à laquelle elle avait droit. Elle a «de la difficulté à accepter les amis d'Armand. Je suis jalouse, jalouse de ses amis, parce qu'il passe plus de temps avec eux qu'avec moi.»

La santé de Lorraine est toujours précaire. Elle ne consomme plus de drogues et tente désespérément de couper ses médicaments. Elle subit encore une série d'examens à l'hôpital pour divers problèmes de santé.

À l'adolescence, Lorraine avait beaucoup d'amis et amies et semblait bien intégrée à son milieu. Elle a aussi eu recours à ses parents à maintes reprises. Après sa deuxième

dépression, elle se replie sur elle-même et son état de santé physique et mentale se détériore petit à petit.

Encore aujourd'hui, elle considère qu'elle est trop enfermée à la maison : «Je suis fatiguée. Puis je crois que la plus grosse fatigue est que je suis trop à la maison, chez nous, que je suis trop "encabanée". Je n'ai pas de choix parce que ma fille arrive à midi.» Et pourtant, elle considère qu'elle a un bon réseau d'amis et amies qui la soutiennent.

Serge

Serge vient aussi d'une région rurale. Il quitte sa famille à l'âge de 14 ans pour aller travailler dans une grande ville. À plusieurs reprises, il dira qu'il était trop jeune lorsqu'il a dû quitter ses parents. «Je n'avais pas de parents» dit-il, «je suis resté avec une couple de mes sœurs, mais c'est pas comme les parents, ce n'est pas comme le père et la mère. On avait notre vie à part.» Voici comment il décrit le milieu familial de son enfance :

> *Je pense que j'étais le mouton noir dans la famille. Je n'ai jamais été encouragé et félicité pour ce que j'ai fait quand j'étais jeune. Donc, tu grandis avec un manque de confiance en toi...et ça devient un handicap.*

Tout jeune, Serge devient alcoolique : l'inadaptation à la ville et l'absence de supervision, à 14 ans, en sont, selon lui, la cause. «Puis tomber dans la ville, c'est un beau changement» affirme-t-il. «Moi je pensais que pour être un homme il fallait boire, surtout que j'étais gêné... j'étais niaiseux.» Il travaille dans plusieurs provinces avant de revenir dans son village natal, où il se marie; le couple a trois enfants. Son travail saisonnier (charpentier) lui permet d'ouvrir un magasin. Il décide d'arrêter de boire. Sa première dépression fait suite à une faillite personnelle et au départ de sa femme. Il cessera de boire et repartira à zéro mais connaîtra d'autres périodes difficiles :

J'étais tout seul pour élever les enfants. Puis en dépression. Donc, j'étais en-dessous du zéro. Plus d'argent. L'hiver, comme je ne travaillais pas, j'avais fait quatre dépressions, puis j'étais aussi renfermé chez nous. Ça forçait pour aller faire la «grocery». Là, j'ai vu que j'avais un problème. J'ai voulu essayer de trouver un moyen de sortir de ça.

C'est à la suite d'une conférence donnée dans le cadre de ses cours d'intégration au travail que Serge s'engage dans un groupe de Déprimés anonymes. Il en deviendra l'animateur. C'est sans regret qu'il quitte le métier de charpentier :

Ça fait longtemps que je voulais arrêter de travailler dans la construction parce que j'ai mal aux reins, j'ai mal au dos. J'ai passé deux ans et demi à suivre des traitements chez un chiro et je souffrais... c'était un supplice. L'hiver, je ne peux pas travailler dehors parce que je poigne le froid et c'est pire.

Serge se décrit comme une personne isolée, qui n'a pas d'amis, excepté ses «amis de boisson dans le temps». Le groupe d'entraide deviendra son milieu de vie, lui permettant de faire de nouvelles rencontres, en dehors des bars cette fois.

J'ai vécu seul presque tout le temps; quand j'ai arrêté de boire par ici, les amis qui venaient chez nous ne venait plus après. C'était des amis de boissons.

J'ai été presque toujours solitaire même avec ma famille. Il y a juste mes enfants et les amis de mes enfants qui viennent chez nous. De mes amis à moi, il y en a plus.

Il nous parle à quelques reprises de ses frères et d'un de ses beaux-frères qu'il fréquente régulièrement. C'est avec un de ses frères qu'il s'inscrit au groupe Alcooliques Anonymes. «Il y en a trois de nous autres qui avaient arrêté de boire ensemble», dit-il. Même si sa famille semble présente, c'est grâce à sa participation au groupe de Déprimés anony-

mes qu'il peut s'intégrer socialement et garder une stabilité émotive.

Simon-Pierre

Simon-Pierre prend des médicaments depuis l'âge de 24 ans. Il a dû être hospitalisé une vingtaine de fois pour de courtes périodes allant de une à deux semaines.

Lorsqu'il est encore enfant, sa famille déménage à trois reprises. Il arrive difficilement à se «trouver une nouvelle gang» à chaque fois qu'il change d'école, mais il s'adapte finalement assez bien. Il est alors bon premier de classe. Il présente son milieu familial comme serein et stable :

> *Ce n'est pas la famille comme telle qui m'a rendu comme je suis avec cette maladie-là. Même si l'on était une assez grosse famille, on est six enfants, on n'avait pas de problèmes. Je ne me rappelle pas d'avoir souffert d'un manque de rien. J'ai rien à dire sur eux autres. Je ne leur reproche rien.*

Pour Simon-Pierre, tout va bien jusqu'à l'adolescence : «À partir de mon adolescence tout a changé. Je ne sais pas pourquoi; je n'ai jamais trouvé le pourquoi», nous confie-t-il. L'entrée à la polyvalente fut difficile. Simon-Pierre entre dans une «gang» qui prend de la drogue et il se désintéresse petit à petit de ses cours : «De 14 à 17 ans j'allais à l'école juste pour dire que j'allais à l'école.» Certains de ses professeurs tentent d'intervenir, mais sans succès : «Ils n'ont pas trouvé le moyen de me stimuler, ça n'a pas été aidant pour moi. Je ne sais pas quels moyens ils prenaient, mais ça ne marchait pas du tout.» Son père intervient à son tour, le fait travailler, pendant l'été, pour lui montrer qu'il n'est pas facile de travailler au salaire minimum et gagner de l'argent pour aller au collège.

> *C'était terrible. J'étais retourné à l'école en septembre. Qu'est-ce que tu penses qui est arrivé? Il y a un gars qui est arrivé et m'a demandé si ça me tentait de*

fumer un joint de «hash». Je fume un joint de «hash» la première journée d'école et je me fais poigner par la direction. Ils me mettent à la porte la première journée. Ça, mon père, il en a pleuré.

Par la suite Simon-Pierre occupe des emplois divers.

Je changeais de «job» souvent. Dans ce temps-là, il y avait plus de «jobs» et c'était plus facile. Tu changeais de «job» pour en prendre une autre, tu arrêtais pour prendre du chômage, parce que le coût de la vie était moins cher. J'habitais chez mes parents et ça me coûtait pas trop cher.

Vers l'âge de 22 ans, son père lui propose un poste dans l'entreprise familiale : «Moi, j'avais à peu près la pire "job".» Simon-Pierre en est très content, mais le processus d'isolement était déjà enclenché.

En rentrant là, je me disais que peut-être j'allais réussir à faire quelque chose à partir de là. Je sortais de chez nous, j'allais travailler, je rentrais chez nous, je mangeais, je me couchais et je me relevais. La fin de semaine, j'étais devant la télévision et je ne parlais à personne. Ça, je peux peut-être le reprocher à eux autres; c'est qu'ils ne se sont pas aperçus que je m'isolais de même. J'ai été un an et demi comme ça. C'est parce que j'étais malade.

Il quitte cet emploi, non parce qu'il ne fait pas du bon travail, mais parce qu'il n'en peut plus : «Ma tête était en train... je perdais tout», dit-il. Lorsqu'il quitte son emploi, son père l'expulse de la maison.

Simon-Pierre reviendra à plusieurs reprises sur le fait que les membres de sa famille immédiate ont refusé d'accepter qu'il était malade : «ils ne voyaient pas, ils ne savaient pas quoi faire.» Simon-Pierre ne se sentait en sécurité que chez ses parents ou chez ses sœurs. Celles-ci l'ont accueilli à tour de rôle et son père l'a repris chez lui, mais leur refus d'accepter sa maladie lui rendait la tâche bien difficile. Il n'osait pas dire ce qu'il ressentait, de peur de se

«faire traiter de fou». Lorsqu'il est hospitalisé en psychiatrie, sa famille refuse d'aller le voir : «Ma famille ne venait pas me voir. J'appelais et je disais que j'étais à l'hôpital et ils me demandaient ce que je faisais là» explique-t-il. Les extraits suivants nous donnent une idée des préjugés de sa famille à l'égard de la maladie mentale.

À un moment donné... j'étais quand même malade et je savais que j'avais besoin de soins. Je leur demandais de m'amener à l'hôpital psychiatrique et ils n'ont pas voulu m'amener là. J'ai été poigné. Je me suis décidé moi-même je suis allé consulter un psychiatre à l'hôpital. Je suis allé à l'urgence et c'est comme ça que ça a commencé.

J'ai fait une couple de tentatives de suicide. J'étais mal pris. Il n'y a pas grand monde qui savait quoi faire pour m'aider.

Moi, j'avais besoin que quelqu'un soit venu me chercher et me dise : «Toi tu sors d'ici. Tu ne restes pas ici, tu es trop malade.» Moi je le savais que j'étais malade, mais je voulais «tougher». J'avais mal dans la tête, pas à la tête. Je ne voulais pas leur expliquer. J'avais peur. Le fait de dire que tu es fou, ce n'est pas intéressant de se faire dire ça.

J'ai fait des tentatives de suicide : c'était plus pour aller chercher de l'aide.

– Qu'est-ce que tu aurais aimé, qu'est-ce qui t'aurait été profitable?

La première affaire à faire, c'est que le monde qui est autour soit bien attentif. Parce que ça prend juste des petites affaires. Tu peux avoir des petits signes qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Moi j'avais une famille, mais elle ne voyait pas. Je comprends qu'ils ne voyaient pas parce que j'étais même pas capable de le dire. C'est difficile de dire ce qui pourrait aider parce que tu n'es pas capable de dire ce que tu as, à

cause de toutes sortes de peurs de te faire traiter de fou.

Simon-Pierre est maintenant autonome. Il a rétabli des liens avec sa famille et y tient beaucoup : «La famille, je ne reproche rien. Je suis encore bien chum avec mon père et ma mère, avec mes frères et tout... ça a pris du temps. Il a fallu que je la rebâtisse cette amitié-là, cet amour-là, avec ma famille. Je l'ai bâti. Maintenant, c'est fait.»

Simon-Pierre fait encore appel à ses parents en cas de difficulté, mais il ne leur demande pas d'appui matériel ou financier. Il compte sur son réseau familial pour du réconfort ou du soutien émotif en cas de besoin. Voici comment il décrit son appel à l'aide lors de sa dernière période difficile, alors qu'il n'avait plus d'argent, qu'il devait trois mois de loyer et s'était fait expulser de son appartement.

[...] et ma mère disait que personne n'allait rester dehors. Elle m'aurait hébergé, mes parents m'auraient hébergé si j'avais été vraiment... Je vais essayer de me débrouiller autrement. Pas parce que mes parents ne veulent pas m'aider, mais ils ont fait leur bout de chemin. Un moment donné, l'énergie, tu ne peux pas la prendre tout le temps à la même place. C'est important.

C'est vers l'entraide que Simon-Pierre se tourne pour aller chercher l'appui dont il a besoin pour survivre. C'est au groupe d'entraide qu'il se fait des amis et amies et c'est là qu'il trouve les principaux éléments stabilisateurs qui lui permettent de maintenir son autonomie, tout en prenant régulièrement ses médicaments.

Conclusion : le rapport au réseau primaire

Jusqu'à présent, nous avons voulu nous en tenir le plus possible aux récits. Nous voulions reconstituer les réseaux primaires des neufs personnes interrogées. Dès lors, il importait de respecter le déroulement de chacun des récits

tels qu'ils nous ont été racontés. Nous en arrivons maintenant à l'étape plus délicate : «faire parler les récits». Nous voulons en dégager les lignes de force, certains fils conducteurs communs.

Rappelons que nous ne visons pas à généraliser nos résultats à l'ensemble des personnes qui ont suivi des traitements psychiatriques. Nous pensons toutefois être en mesure de dégager des *types de rapports* au réseau primaire, typologie qui pourrait servir à une recherche effectuée à partir d'un plus grand nombre de personnes.

Dans un tel contexte, notre interrogation a porté sur les thèmes suivants : les personnes interrogées avaient-elles un réseau riche et diversifié avant de recevoir des soins psychiatriques? Pendant la période de crise, ont-elles fait appel à leurs parents, amis et amies? S'appuient-elles quotidiennement sur leur réseau de relations amicales ou parentales?

Nous allons d'abord souligner les tendances des rapports au réseau familial et analyser ensuite le réseau social ou d'amitié.

Le réseau familial

Nous avons été frappés par le double rapport au réseau de parenté qui ressort des récits. Les membres de la famille immédiate sont beaucoup plus présents auprès des personnes interrogées que nous ne l'aurions d'abord cru. Tous les récits, sauf celui de Charles, nous montrent comment la famille immédiate est importante et souvent primordiale pour la survie matérielle des personnes interrogées ou encore comme lieu de soutien pendant ou après une crise.

Cependant, nous voyons aussi que le réseau familial est insuffisant, qu'il ne peut, à lui seul, répondre aux besoins des personnes en butte à des difficultés, victimes de malaises. Qui plus est, ce réseau d'appui a parfois un effet déstabilisateur. C'est ce double rapport que nous tentons de

mettre en évidence en regroupant les récits selon les rapports plus ou moins étroits que les personnes interrogées entretiennent avec leur famille immédiate.

Denise et Bernard ont tous deux bénéficié d'un appui inconditionnel de leur parents. Denise est complètement prise en charge par ses parents à cause de son handicap physique. Auprès de sa famille, elle puise tout l'appui émotif et matériel dont elle a besoin pour surmonter son handicap. Elle est d'ailleurs très dépendante et fait une dépression lorsqu'elle constate que sa mère vieillissante ne peut plus s'occuper d'elle. Denise aura donc recours exclusivement à son réseau familial jusqu'à ce que celui-ci ne soit plus en mesure de répondre à ses besoins.

À l'adolescence, Bernard voit son père mourir. Par la suite, il s'appuiera principalement sur sa mère. C'est vers elle qu'il se tourne chaque fois qu'il éprouve des difficultés. D'ailleurs, il dira souvent : «Moi, si ça ne serait pas de ma mère je ne sais pas où je serais.» Mais il aspire à devenir autonome, à vivre seul. Voilà pourquoi il se rabat sur d'autres réseaux.

Denise et Bernard ont tous deux pu compter sur un appui tant matériel qu'émotif de leur réseau familial et surtout de leur mère. Ce n'est pourtant pas le cas de la majorité des personnes interrogées. Alfred, Fernand, Hermance, Lorraine, Serge et Simon-Pierre ont reçu un appui matériel et financier parfois fort important de leur famille immédiate. Par contre, ils et elles n'y ont à peu près pas puisé de soutien émotif. Le leitmotiv de ces récits c'est le *manque de communication*. Ce n'est pas à l'intérieur de la famille qu'ils ou elles trouvent des personnes à qui se confier et à qui parler ouvertement.

Alfred demeure chez ses parents, et il a toujours pu compter sur leur appui matériel et financier. Ils ont été très présents, du moins physiquement, lorsqu'il était enfant. Pourtant, Alfred considère qu'il ne peut communiquer avec

eux. Lorsqu'il était adolescent, ils l'ont laissé s'isoler complètement sans trop comprendre ce qui se passait, ou tout au moins sans intervenir.

Lorraine revient constamment chez ses parents lorsqu'elle est en période de crise. Elle demeure chez elle jusqu'à son mariage et y revient même après la naissance de sa fille. Il semble qu'elle aussi souffre d'un vide émotif. Lorsqu'elle vit ses deux premières dépressions, à 17 et à 19 ans, ses parents (surtout sa mère) ne savent manifestement pas quoi faire. C'est auprès d'une religieuse qu'elle aura l'impression qu'elle compte pour quelque chose, qu'elle est «worthwhile». À 19 ans, lorsqu'elle revient chez ses parents, elle aurait eu besoin, dit-elle, «d'une oreille pour écouter... peut-être une petite main pour me guider, me motiver».

Le même scénario se répète chez Simon-Pierre. Il demeure chez ses parents et travaille avec son père. Pourtant il vit une période dépressive profonde sans être en mesure d'en parler à ses proches. Non seulement il ne pouvait pas en parler, mais de plus, ses parents niaient sa condition au point de refuser de l'amener consulter un psychiatre : «Moi, j'avais besoin qu'on me dise... que quelqu'un soit venu me chercher et me dise : "Ôte-toi, tu sors." Ça m'aurait fait tellement plaisir que quelqu'un vienne me dire : "Toi tu sors d'ici. Tu ne restes pas ici, tu es trop malade." Moi je le savais que j'étais malade mais je voulais 'tougher'.» Il reproche à ses parents de ne pas avoir compris qu'il s'isolait. Plus tard, il dira : «Il n'y a pas grand monde qui savait quoi faire pour m'aider.»

Fernand aussi a reçu un appui de ses parents, même s'il considère que la famille a eu «du trouble» lorsqu'il était jeune. La famille était nombreuse, mais elle n'a pas manqué du nécessaire. Pourtant, Fernand insiste sur l'absence de communication avec ses parents. Au sujet de sa première tentative de suicide, à 14 ans, il dira : «Qu'est-ce que ça donnerait de m'exprimer, de crier ma rage, ma fureur de vivre, quand personne me comprend.» Il demeure chez ses

parents jusque dans la vingtaine avancée mais, après son hospitalisation en institution, il quitte sa famille parce qu'il s'y sent marginalisé : «J'ai toujours été pointé du doigt, ça fait que je suis parti de chez nous. C'était mon père et ma mère qui s'occupaient de moi. Je n'avais plus le droit de rien faire. Ça fait que je suis parti. Je suis allé en chambre.»

Hermance et Serge ont reçu des appuis moins concrets de leur famille respective, mais la présence des membres de leur famille immédiate se fait tout de même sentir dans leur vie. Toutefois, ce n'est pas là qu'ils pourront exprimer «ce qu'ils ont sur le cœur» comme dit Serge. Pour faire face à un moment difficile, Hermance aura recours à une amie et Serge fera appel à l'entraide.

Enfin, seul le récit de Charles traduit une absence quasi complète de soutien à cet égard. Son enfance fut difficile, son milieu familial très perturbé et violent (suicide du père, situation de ses sœurs, etc.). À une occasion, il peut compter sur l'appui financier d'une de ses sœurs, et sa mère retraitée est dans l'impossibilité de le prendre chez elle lorsqu'il sort de l'hôpital. Dans ce cas-ci, nous ne pouvons pas parler de rapport étroit avec le réseau familial. Il s'agit plutôt d'un rapport difficile, bien qu'il existe un certain lien, même aujourd'hui, entre sa mère et lui.

Dans la majorité des cas, les personnes interrogées s'appuient sur leur réseau familial et en reçoivent du soutien matériel, mais elles trouvent difficilement une oreille attentive en cas de difficulté. Souvent, le réseau familial arrive difficilement à saisir les déséquilibres mentaux des personnes interrogées et il semble qu'elles peuvent à grand peine s'opposer aux préjugés de leur réseau primaire. Alfred, par exemple, reproche à ses parents de lui avoir trop parlé de son handicap et des interventions chirurgicales qu'il doit subir : «Tout le programme était planifié d'avance. C'est pour ça que j'ai un agenda. Mes misères ont été structurées d'avance.» Et pourtant, il est pris dans cette structure.

Comment peut-il exprimer ce reproche à des parents qui se sont tant occupés de lui?

La famille, et surtout la mère, est un élément stabilisateur important pour la plupart des personnes interrogées, mais elles peuvent s'y sentir à l'étroit parce qu'il est très difficile d'aller à l'encontre des façons de faire ou de penser de ce réseau. Lorsqu'elles se sentent marginalisées ou incomprises, la plupart sortent de leur cercle familial pour échapper à cette contrainte et satisfaire leurs besoins.

Il importe d'insister sur l'importance que revêt la famille dans chacun des récits. À maintes reprises, les personnes interrogées parleront des réseaux d'entraide comme d'une «famille». Plusieurs récits évoquent les efforts qu'elles déploient pour maintenir de bonnes relations avec leur réseau primaire, contre vents et marées. Par exemple, Lorraine dira : «Aujourd'hui, la famille, nous sommes très proches. On s'aime beaucoup. Il n'y a plus de manque de communication.» Bernard soulignera «qu'il a été un temps que ça ne marchait pas trop bien, moi et ma mère, à cause de ma maladie», mais les ponts se sont rétablis. Simon-Pierre sera plus explicite : «La famille, je ne reproche rien. Je suis encore bien «chum» avec mon père et ma mère, avec mes frères et tout... ç'a pris du temps. Il a fallu que je la rebâtisse cette amitié-là, cet amour-là avec ma famille. Maintenant, c'est fait.»

Il ne s'agit ici que de quelques extraits qui illustrent l'importance du réseau familial et l'énergie que les personnes rencontrées consacrent à maintenir ou à rebâtir les liens qui les unissent à leurs proches. Notons enfin que lorsqu'elles parlent de leur famille, les personnes interrogées évoquent davantage leur mère que leur père.

Le réseau social ou d'amitié

Trois des personnes interrogées ont eu un réseau d'amitié à peu près inexistant depuis leur enfance. Jusqu'au

moment de son internement, Denise a toujours reçu son soutien matériel et émotif presque exclusivement de ses parents. Elle parle peu de ses amis et amies de l'époque où elle fréquentait l'école et les seules autres personnes qui ont marqué sa vie sont ses sœurs. Quant à Serge, il a toujours été timide et n'a pas eu d'ami excepté ses «amis de boisson». Sa femme lui a sans doute apporté du soutien jusqu'à leur séparation, mais ce n'est qu'au moment de ses dépressions qu'il découvre l'entraide et l'amitié.

L'expérience de Charles semble plus négative. Il est persécuté à l'école et souffre beaucoup de ne pas «avoir de blonde» à l'adolescence. Il est très isolé et ce n'est qu'au moment où il participe à un groupe d'entraide qu'il se fait des amis. Cependant, après le suicide de deux d'entre eux, il ne veut plus d'amis : «Je ne "care" plus pour des amis» dit-il. Comme l'appui qu'il peut recevoir de son réseau familial est très limité, il a peu de ressources en dehors de l'aide professionnelle et de l'entraide.

Pour Alfred, Bernard, Fernand, Lorraine et Simon-Pierre, la situation est tout à fait différente. Ces personnes étaient, à des degré divers, assez bien intégrées à leur milieu; à un moment donné, une rupture survient et le processus d'isolement s'enclenche :

- Pendant son enfance, Alfred se sent rejeté à l'école à cause de son handicap, mais en septième et en huitième année il est très actif : il joue au hockey et participe à la vie de son groupe social. C'est à 14 ans «qu'il perd tout» et s'isole presque complètement.
- Bernard emprunte à peu près la même voie. À 20 ans, lorsqu'il devient malade, il s'isole de ses amis : «Je n'étais plus pareil avec mes amis. Ma vie s'était complètement troublée», explique-t-il.
- Lorraine est très populaire à l'école secondaire. Elle joue de la guitare et est entourée d'amis et amies. Elle participe à plusieurs projets communautaires. Après

quelques années de travail et sa deuxième dépression, son entourage commence à dire : «Elle se chavire.»

- Fernand a eu une vie de «gang» importante, mais il a dû reconstruire son réseau après ses dépressions.
- Le processus d'isolement chez Simon-Pierre est très clair également. Il est intimement lié à son état d'âme.
- Le cas d'Hermance est un peu à part. Pendant sa période difficile, elle a pu compter sur une bonne amie. Elle ne semble à aucun moment en rupture avec sa famille et son réseau social.

Retenons que cinq des neuf personnes rencontrées se sont senties isolées de leur réseau d'amis et amies lorsqu'elles ont connu des problèmes de «santé mentale». Il semble assez évident que c'est la maladie qui les a coupées de leur réseau social et non l'inverse. L'absence de réseau social n'est pas présenté comme un facteur précipitant chez Alfred, Bernard, Fernand, Lorraine ou Simon-Pierre. Chacun d'entre eux a cependant dû reconstruire son réseau social après des périodes d'isolement plus ou moins longues.

En somme, en cas de difficulté, il semble que le réseau primaire ne suffise pas aux individus en crise. Toutes et tous, à l'exception d'Hermance peut-être, ont vécu une période de solitude et d'isolement pendant leurs crises. Certes, la plupart pouvaient compter sur un appui matériel, mais, au niveau émotif, les ressources du réseau primaire étaient plutôt limitées.

6

L'AIDE PROFESSIONNELLE ET INSTITUTIONNELLE

Tu arrives à un psychiatre qui n'a jamais frappé la rue de ton quartier ou visité le quartier, parlé aux gens du quartier. Lui, il vit dans une citadelle, il vit avec un livre dans sa tête. Lui, il a lu ton quartier, il n'a pas vécu ton quartier.

Fernand

Nous avons vu que, en Occident, les soins professionnels en santé mentale sont l'objet de nombreuses critiques depuis quelques décennies en particulier. D'une façon générale, c'est le fondement même du rapport professionnel-client qui est en cause puisqu'il participe d'un rapport de pouvoir inégal, favorable au professionnel. Le client se retrouve trop souvent réduit à l'impuissance devant sa maladie et victime d'un lien de dépendance à l'égard de l'expert.

La remise en question du pouvoir des professionnels n'est pas réservée à la psychiatrie. En effet, elle a été menée dans bien d'autres domaines de l'intervention sociale, en particulier dans tous les secteurs de la santé. La spécificité du rapport, en santé mentale, réside plutôt dans le fait que les critiques adressées aux professionnels proviennent davantage de la clientèle visée par les services. De plus en

plus, cette clientèle se regroupe soit pour combler les lacunes des soins institutionnels et professionnels, soit pour affronter directement le pouvoir des professionnels ou les approches thérapeutiques de ces derniers. En somme, le «client» ne se laisse pas facilement réduire à l'état de consommateur naïf ou de victime passive.

Notre interrogation porte ici sur la façon dont les gens qui reçoivent des traitements psychiatriques utilisent les soins professionnels et institutionnels. Quand ont-ils recours aux professionnels? Avant, pendant ou après une période de crise? Demandent-ils l'aide des professionnels comme ressource d'appoint ou comme soutien de leur quotidien? Comment perçoivent-ils leurs soins? En sont-ils satisfaits? Puisque les neuf personnes interrogées nous ont longuement entretenu de leur rapport aux professionnels et aux institutions, donnons-leur la parole.

Alfred

Alfred n'a jamais été hospitalisé et ne prend aucun médicament. Il rencontre son psychiatre chaque mois depuis 1985. Il a aussi été suivi, de façon sporadique, par un psychologue, mais il qualifie cette expérience d'inutile.

Trois professionnels ont marqué la vie d'Alfred : son médecin de famille, son psychiatre et un professeur d'université qui l'a initié aux groupes d'entraide.

À dix-sept ans, après une longue période de dépression, pendant laquelle il entretient des idées suicidaires et s'isole complètement de la société, Alfred se décide à consulter son médecin de famille. Ce professionnel n'est pas un médecin comme les autres, constate Alfred. Avec lui, «ça grouille». Il dirige très rapidement ses «patients» vers les spécialistes, alors que normalement il faut de sept à huit mois pour obtenir un rendez-vous. De plus, il s'occupe personnellement d'eux : par exemple il a déjà accueilli une personne en difficulté chez lui, pour la dépanner. Dans le cas d'Alfred,

il interviendra auprès des autorités locales pour qu'on lui trouve un emploi et l'adressera, le jour même, à un psychiatre. Voici en quels termes Alfred parle de ce médecin de famille :

C'est ça qui a changé ma vie. Le docteur M. utilisait son prestige pour faire rouler les choses. Lui, il voulait, il (le docteur) dit : «j'ai roulé la "bowling ball" et maintenant il faut que toi tu la roules pour le restant de ta vie, roule-la toujours.» So, c'est une chose qui m'a aidé; ça m'a changé. Ça a ouvert la porte. J'ai vu aussi que si tu connais les bonnes personnes, comment ça marche vraiment.

Sa rencontre avec le psychiatre fut un autre moment important pour lui. Il sentait qu'il avait besoin de soins et c'est ce professionnel qui lui a redonné espoir.

Le psychiatre a dit que j'aurais dû commencer à aller voir quelqu'un pour parler avec depuis l'âge de 12, 13 ans et que j'étais un peu en retard.

Je pensais à me tuer mais il m'a fait quatre, cinq rendez-vous à toutes les deux semaines et j'ai mordu sur ça et je crois que c'est pour ça que je ne me suis pas enlevé la vie. J'ai peut-être «feelé» qu'il «carait».

À plusieurs reprises, Alfred nous fait part de la relation positive qui s'est établie entre lui et son psychiatre. Par exemple, il explique en détail le fait qu'il préfère beaucoup l'approche de ce dernier à celle des psychologues qu'il a consultés. Ce qu'il apprécie le plus chez son psychiatre, c'est sa capacité d'écoute.

Une autre manière que j'ai été aidé, je penserais que c'est l'oreille. C'est une place que je peux aller et dire que je suis «fucké». Je vais là de temps en temps et pleure pour 45 minutes. J'y vais à tous les deux, trois semaines.

Malgré cette relation positive, Alfred demeure critique à l'endroit des professionnels. Il pense que les psychiatres

peuvent donner de mauvais diagnostics, et surtout qu'ils favorisent, implicitement, il va sans dire, une attitude passive chez leurs «patients». De plus, il les accuse de prescrire trop de médicaments et d'être trop protégés «lorsqu'ils sont dans leurs bureaux».

Les psychiatres traitent la maladie, mais ils ne traitent pas vraiment, ils médicalisent la misère.

Quelqu'un vient raconter son problème dans un bureau, on maquille le problème. C'est ça qu'est le problème dans l'aide professionnelle. De temps en temps, ils se mêlent dans des problèmes qu'ils ne connaissent pas, et la personne n'a pas été aidée. Il a la protection de tous, son directeur, son personnel. Si qu'il ne sait pas quoi faire, «so what»!

Même si Alfred affirme que son psychiatre est l'une des personnes les plus importantes dans sa vie, il s'en prend au rapport de pouvoir favorable aux professionnels et à la distance qu'ils gardent devant leurs «clients».

Les psychiatres ne savent pas toujours qu'est-ce qui va. Ils sont vraiment aveugles de temps en temps. Il faut qu'ils fassent mine qu'ils savent, les malades ... eux autres... ne sont pas capables de se défendre.

Les psychiatres sont trop occupés. Les psychiatres n'ont pas le temps, ils ne sont pas touchables. De temps en temps, ils vont prendre avantage de toi, ils vont utiliser des grands mots et toi tu ne comprends pas.

Cette distance qu'établissent et qu'entretiennent les professionnels, il la reproche aussi à Paul, professeur d'université, qui a travaillé avec lui à mettre sur pied un groupe d'entraide en santé mentale. Pourtant, Alfred considère que Paul est, à maints égards, la personne qui lui a permis d'être ce qu'il est maintenant. C'est celui qui lui a donné une chance.

Si que je n'aurais pas rencontré Paul, je ne serais pas où je suis aujourd'hui. C'est vraiment lui qui m'a donné l'opportunité, une chance. Je me suis débrouillé et aujourd'hui je suis rendu ici. Je pense que j'ai été loin.

Malgré ses expériences très positives, Alfred pose toujours un regard critique sur les professionnels qui se présentent comme des personnes qui n'ont pas de besoins. «On ne les voit ni manger, ni boire, on ne les voit pas comme des humains» confie-t-il. Il aimerait, par exemple, amener son psychiatre «pour une bière au restaurant», mais celui-ci lui a dit : «là, tu ne pourras plus être mon client»!

Alfred entretient donc un double rapport avec les professionnels. Trois d'entre eux ont marqué sa vie, mais il regrette qu'il soit quasiment impossible de les voir en dehors de leurs bureaux, là où ils sont protégés. «C'est là que l'entraidant peut *risquer son amitié* un peu plus que le professionnel» souligne-t-il.

Bernard

Bernard a toujours beaucoup compté sur les soins professionnels. Lui aussi considère qu'il aurait dû recevoir des soins psychiatriques lorsqu'il était jeune. Au moment de sa première crise, à 20 ans, il insiste auprès de son médecin de famille pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre.

J'ai été voir mon médecin. J'ai dit que je voulais voir un psychiatre et il m'a dit que j'en avais pas de besoin. J'ai dit que je voulais en voir un, j'ai insisté, ça fait qu'il m'a fait un papier et j'ai été voir le docteur M. En rentrant dans son bureau, j'ai commencé à pleurer. Je lui ai dit que j'avais peur de virer fou. Il m'a regardé et il a dit qu'il fallait que j'aille chercher ma mère. Ma mère était dans la salle d'attente. On est entrés dans le bureau et il a dit à ma mère qu'il fallait que je sois hospitalisé.

Il ne s'insurge pas contre les électrochocs qu'il a reçus lors de sa première hospitalisation. Au demeurant, à deux reprises par la suite, il demandera d'être réadmis à l'hôpital. Plus tard, par contre, il refusera l'hospitalisation et préférera fréquenter un centre de jour.

Lors de son expérience spirituelle, Bernard a consulté un prêtre et un psychiatre. Tous les deux lui ont conseillé de lire la Bible. Bernard l'a effectivement lue. Tous les jours il lisait l'Ancien Testament. Mais maintenant, son médecin lui demande d'arrêter de la lire parce que selon lui, ces lectures le dérangent. Bernard respecte maintenant cette nouvelle directive sans s'y opposer.

C'est que je voulais me comprendre et comprendre les autres, puis m'aider aussi.

J'ai lu plusieurs livres, j'en ai lu 51, des livres de «self-help», de psychiatrie, psychologie, inspiration, de la religion un peu. J'ai arrêté de lire par exemple. Le docteur disait que c'était dangereux ces livres-là. Ma mère trouve que j'ai trop lu : j'étais «addict» à ces livres-là. Comme de fait, maintenant ils ont commencé à baisser mon centre du jour et ça va beaucoup mieux avec moi. Je vais m'en sortir. (Bernard fait ici référence au psychiatre qui prescrit la fréquence de participation aux activités du centre de jour.)

Bernard semble accepter ses médicaments : «Si que je n'aurais pas ces piqûres-là, j'aurais des hallucinations. Ça, j'en ai pour presque toute la vie», nous dit-il. Il connaît très bien les centres de jour des deux hôpitaux de la région. C'est de la façon suivante qu'il les distingue :

Comme à l'hôpital anglais, ils ont les locaux pour le centre du jour mais ils n'ont pas de «staff». Ben à l'hôpital français, ils ont du «staff» mais ils n'ont pas de locaux. Ça fait qu'on est tous ensemble. Les patients du centre du jour, on est parmi ce monde-là. On est mêlé avec les gens de l'interne. Des fois il y en a qui sont tannants, il y a des fois qu'ils vont te dire

des affaires, «whatever», des fois c'est «bâdrant» (dérangeant) *un peu.*

Il semble toutefois préférer davantage les services de suivi du dernier établissement : «Le centre du jour, ça m'a fait un gros bien, parce que j'étais très seul, j'étais distrait, j'allais là, des fois j'allais là juste pour dire que j'étais là pour pas être tout seul.»

Actuellement, ses rapports avec son psychiatre sont plutôt distants. Il voit moins l'utilité du suivi et compte plus sur le groupe d'entraide et le centre de jour pour rencontrer des amis et partager ses problèmes.

Le groupe, c'est plutôt comme ami que je prends ça. Rencontrer du monde qui a des problèmes comme moi à peu près. Le psychiatre c'est strictement psychiatrique. Il m'avait beaucoup aidé et maintenant je n'ai presque plus rien à dire. J'ai tout sorti ce que j'avais à dire. Le mauvais s'est tout décollé.

Bernard n'a pas une attitude critique envers les soins psychiatriques. Il tente de suivre de près les suggestions des professionnels et ne doute pas de leur autorité ni de leur jugement. Il compte, entre autres, sur le centre de jour et sur ses médicaments pour conserver un équilibre et considère que son état de santé est plus stable que jamais. «Maintenant c'est le soleil et la lumière et la nature. J'ai fait du chemin. Moi, tu m'aurais vu, quand j'ai tombé malade, c'était la nuit, j'étais dans la noirceur. Maintenant c'est la clarté.» Il attribue cependant ce changement à sa rencontre avec Jésus beaucoup plus qu'aux soins psychiatriques ou institutionnels ou même à l'entraide.

Charles

Charles n'a pas du tout aimé sa première hospitalisation en psychiatrie, qui a duré quatre ans. Il considère qu'il a été interné parce qu'il n'avait pas de pouvoir et reproche aux

médecins de lui avoir interdit de visiter son père quand il le désirait :

Si que j'aurais plus de pouvoir, je n'aurais pas été hospitalisé... j'aurais été dans un hôpital normal et sur le bien-être social.

Non, non. Ça n'a pas été une belle expérience. Je voulais aider mon père et le psychiatre ne voulait pas que je le voie le lundi; il voulait que je le voie les fins de semaine. Mon père s'est suicidé. Ils ont fait bien du trouble les autres médecins à ce médecin-là. C'est stupide de ne pas m'avoir écouté.

Charles est heureux d'avoir pu suivre des cours d'éducation populaire, mais il aurait aimé «apprendre le piano et ils n'ont pas voulu» dit-il. «Ils m'ont envoyé sur la menuiserie. Avec des machines... tu es gelé sur les pilules et tu peux te couper une main sur la machine et ils te forcent de travailler sur la machine quand même.» Ces propos laissent entendre que les décisions des professionnels qui déterminent son destin ne sont pas prises après consultation ou en fonction de ses préférences ou de ses intérêts.

S'il a détesté son premier séjour en institution psychiatrique, il a gardé un souvenir moins pénible de ses autres hospitalisations. En un sens, il juge sa dernière hospitalisation bénéfique :

Quand je me suis fait jeter dehors de mon appartement au mois de juillet, j'ai été voir une travailleuse sociale. J'ai demandé au docteur de m'hospitaliser parce que j'étais malade. J'ai été à l'hôpital. L'hôpital m'a aidé, on m'a donné mes repas, des pilules et l'aide qu'on retrouve dans une chambre. L'énergie est revenue.

À une autre occasion, Charles fera appel au centre de crise, expérience qu'il qualifie de positive :

C'est une place qu'une personne qui est en maudit contre quelqu'un ou qui n'a pas de place à rester [...]

Il n'est pas malade mais il est trop déprimé, il n'est plus capable de s'organiser. C'est comme un hôpital excepté c'est plus petit, c'est une maison.

Charles parle peu de ses rapports actuels avec son ou ses psychiatres. Il semble avoir changé de médecin à maintes reprises, au gré de ses hospitalisations. C'est surtout son internement qui l'a révolté. Les soins professionnels moins contraignants comme la maison de transition ou le centre de crise, lui plaisent davantage. Mais c'est plutôt vers l'entraide qu'il se tourne maintenant pour chercher appui et réconfort. Actuellement, il s'engage activement dans un regroupement d'ex-psychiatrisés de la région, fait des témoignages en public et compose des poèmes, que son regroupement publie périodiquement dans un fascicule, avec d'autres témoignages d'ex-psychiatrisés.

Denise

Denise a de très bons rapports avec les professionnels. Elle tient aussi des propos élogieux à l'endroit du médecin qui l'a suivie pendant son enfance : «Le médecin est toujours resté attaché, et moi aussi d'ailleurs, parce qu'il me fait grandement du bien. Je l'ai trouvé bien honnête» avance-t-elle.

Lorsque Denise se retrouve dans un établissement parce que ses parents ne peuvent plus s'occuper d'elle, c'est la dépression. C'est alors qu'elle est transférée en psychiatrie, où elle reçoit une série d'électrochocs. Selon elle, ces traitements l'ont aidée :

Ça me ramène à la réalité. J'ai oublié ça, cette affaire-là. Je voulais m'en retourner chez nous. Ça nous fait mettre les deux pieds à terre. Je voulais trop m'en aller chez nous. Ça me tournait dans la tête.

Denise demeure toujours en établissement psychiatrique et ce, depuis une quinzaine d'années déjà, parce qu'elle «n'a pas d'autre place à rester»; elle s'y trouve bien. Au

début c'était dur, dit-elle, parce qu'elle ne connaissait pas le personnel. Mais maintenant, elle considère que la nourriture est bonne et qu'elle dispose de suffisamment de liberté. Par exemple, elle dira : «Ils nous laissent mettre ce que l'on veut dans les chambres» (elle fait référence à la décoration sur les murs entre autres). Elle apprécie aussi de pouvoir prendre un bain tous les soirs et le fait que son lit soit changé toutes les semaines, ce qu'elle présente comme un privilège.

Une seule ombre au tableau : ses conflits avec le technicien des loisirs avec lequel elle organise des activités et qui ne tient pas compte de ses suggestions :

> *C'est un vrai sourd et muet. Ça me choque. Il sait ce qu'il a à faire. Il sait ce qu'il est. Il me répond «oui» et ne le fait pas. C'est bien facile de répondre «oui» et ne rien faire. C'est une chose que je n'aime pas. Qu'il me dise «non» plutôt.*

Denise est bien intégrée à l'établissement qui est devenu son milieu de vie. Elle s'y sent à l'aise. Elle connaît très bien le personnel, participe à l'organisation des loisirs et est présidente du comité des bénévoles; ce sont pour elle des postes de responsabilité; elle y tient beaucoup et s'y trouve valorisée.

Fernand

Fernand est très critique à l'endroit des professionnels. À la suite de sa tentative de suicide, à l'âge de 14 ans, il refuse de se confier au psychiatre parce qu'il «ne voyait pas le sens de dire à une personne que je regarde comme une grosse autorité...». À cette époque, le psychiatre était, selon lui, «un autre docteur qui est planté là avec quatre autres et te pose des questions que tu ne comprends pas le sens.» Il reproche surtout à cette profession son absence de connaissances concrètes des conditions de vie de ses clients :

C'est comme la tour de Babel. J'arrive à un psychiatre et je peux le comprendre le gars. Lui, il te regarde et il te «pine». Il te «pine» d'après le dossier et il te «pine» d'après ses connaissances médicales. Je lui dis, viens voir mon contexte familial, et dis-moi si je suis fou. Des fois, ce n'est pas toi qui es fou. Des fois, ton contexte ça rime. Lui, il a lu mon quartier et il n'a pas vécu mon quartier. Il n'a pas vécu...

Fernand a connu au moins quatre psychiatres en vingt ans. Actuellement, il en voit un tous les cinq ans parce que son état est considéré comme stable. Il prend des médicaments depuis vingt ans et considère qu'il en sera toujours ainsi : «J'ai tous les symptômes de Parkinson quand je n'ai pas de médicaments».

Il y a toutefois une hospitalisation qui lui a été profitable. Voici comment il en parle :

Il m'ont apporté là, ils m'ont ramené morceau par morceau jusqu'à ce que je fasse du sens. J'ai toujours resté marqué par le fait que j'ai pas une si bonne mémoire qu'un temps. Ca m'a changé un peu.

Fernand voit aussi une travailleuse communautaire, dont il parle en termes plutôt favorables : « [...] elle note beaucoup, elle note tout ce que je fais. Je lui dis tout. Ca fait sept ans que je la suis. Je pense qu'elle sait mieux ma vie que moi je la sais.»

Fernand compte peu sur l'aide professionnelle. Il y a eu recours en cas de crise grave. Maintenant, il prend ses médicaments et est dans un état de santé stable grâce à l'entraide et à son réseau primaire.

Hermance

Hermance est plutôt critique face à l'aide professionnelle. Elle n'a pas aimé le comportement de son médecin de famille lorsqu'elle est allée le consulter au début de sa dépression :

Le médecin m'a dit que c'est peut-être juste une petite dépression et «fais-toi en pas avec ça. Je vais te donner des calmants et ça va être là...»; moi je suis une femme anti-pilules. J'étais pas mal assez calme dans ma dépression, mais il me semble que le médecin aurait demandé «qu'est-ce qui ne va pas»; il aurait dit : «Tu peux en parler avec toute confiance.» Il me semble que ça m'aurait fait du bien au lieu de donner ma prescription et «vas-t-en chez vous.» Les pilules, je ne les ai pas prises.

Tout comme Fernand, Hermance estime que les spécialistes de la santé mentale ont des connaissances trop théoriques et ne comprennent pas les gens en difficulté. Elle est aussi très consciente des rapports de pouvoir entre les professionnels et les usagers :

Moi je trouve qu'il y a beaucoup de théorie mais que l'expérience de la vie... tu travailles avec des livres et des crayons.

Moi, en tout cas, je m'ouvrirais bien plus à une personne semblable à moi qu'à un professionnel.

J'ai rien contre les psychiatres, les psychologues, les médecins, peut-être qu'un jour j'en aurai de besoin mais ça revient à dire qu'un ou une amie dans la vie c'est quelque chose.

Par contre, dans ses rapports quotidiens, Hermance n'hésite pas à adresser des personnes en difficulté à des professionnel-le-s. Vaincre la résistance ou les préjugés de certaines personnes à l'endroit des spécialistes est même, selon elle, un objectif important du groupe d'entraide qu'elle a formé.

Elle perçoit l'aide professionnelle comme un dernier recours : lorsqu'elle ne peut dispenser les soins nécessaires ou lorsque le groupe d'entraide n'est pas assez fort pour soutenir et aider la personne en difficulté, on peut y avoir recours. En fait, son commentaire est très clair : «un ou une amie, c'est toujours préférable.»

Lorraine

Lorraine est d'avis que les soins professionnels dont elle aurait eu besoin lui ont souvent fait défaut. Lors de sa première dépression, elle déplore la réaction de son médecin de famille et celle d'une assistante sociale qui la visitait à l'hôpital : «Elle disait : "J'ai vu ta mère aujourd'hui puis elle pleurait. Tu l'as fait pleurer". Là, le 'guilt', je me sentais assez coupable, c'était encore pire.» Elle comprend à quel point les problèmes de santé mentale ont contribué à son rejet dans son village natal.

Tu sais, chez nous, des psychiatres, on n'entendait pas parler de ça. Mon village était petit ce temps-là puis ça commençait juste à sortir si qu'une personne était nerveuse, qu'elle allait à l'hôpital mais, oh mon Dieu, quel scandale!

Tout au long de son récit, Lorraine reviendra constamment sur le fait que les soins professionnels sont inaccessibles ou inadaptés. Elle raconte les rendez-vous annulés, les longues attentes dans les salles d'urgence, alors qu'elle est en pleine période de crise, et l'absence de suivi après ses hospitalisations. Elle est convaincue que si on lui avait dispensé en temps opportun les soins requis par son état, elle ne serait pas si mal en point maintenant. Comme Alfred, elle s'est rendue compte que les psychiatres donnent trop de médicaments et elle comprend les séquelles des électrochocs. Elle exprime ainsi sa révolte face à l'aide professionnelle :

J'ai été hospitalisée. J'ai eu cinq «shock treatments». Je ne trouve pas que ça m'a aidée. Ça m'a détruit parce que quand je suis retournée à la maison, je ne savais pas comment faire cuire des patates. J'ai tout, tout oublié, mais mes problèmes étaient encore là.

Docteur Y. n'a pas fait de follow-up. Il m'a juste donné des médicaments. C'était sûr qu'il fallait que je fasse quelque chose, pas rester inactive parce que je

savais que j'allais «feeler» mal. Je me suis mise à «jogger».

Je sais que si j'avais eu de l'aide dans ce temps-là... Si j'avais eu l'aide tout de suite j'aurais pas eu besoin d'être hospitalisée.

Lorraine accepte toutefois l'aide professionnelle moins contraignante. Par exemple, elle utilise beaucoup les services de la clinique externe de l'hôpital et du centre de jour. Deux infirmières et une psychologue l'ont beaucoup aidée depuis plusieurs années et c'est à elles qu'elle s'adresse spontanément lorsqu'elle a des difficultés.

À la clinique, B. (une infirmière) *m'a aidée, beaucoup, beaucoup. J'ai arrivé là [...] Elle m'a amenée dans une chambre [...] Elle me faisait faire des exercices de relaxation. Je devenais O.K. Là c'était fini. Je ne pouvais pas attendre à la prochaine fois pour y aller, car à chaque fois je me sentais un petit peu mieux.*

Je voulais arrêter les médicaments. J'avais un choix à faire, soit suivre docteur R., soit suivre B., infirmière. J'avais pensé à B. J'étais plus aidée avec elle qui était juste une infirmière qu'avec docteur R., ça fait j'ai choisi B.

J'ai parlé avec un psychologue qui vient juste de débuter, c'est une femme. Je peux lui parler n'importe quel temps, elle. J'ai appelé, on a parlé une heure au téléphone. Au moins, elle m'a écoutée.

Psychologiquement, j'ai été aidée beaucoup de L., (une autre infirmière) *qui travaille à la clinique. Je l'aimais assez, elle. P.* (infirmière à la clinique externe) *m'a beaucoup aidée. Une autre affaire qui m'aide aussi c'est les techniques de relaxation que L. m'a données.*

Lorsqu'elle éprouve des difficultés, Lorraine fait plutôt appel aux infirmières et aux femmes psychologues rattachées

à la clinique externe ou au centre de jour. Elle voit aussi un psychiatre depuis plusieurs années. Voici ce qu'elle en dit :

> *On a assez fait de thérapie intense* (avec le psychiatre). *Lui m'a aidée beaucoup et je suis rendue à un point aujourd'hui où je suis tannée de le voir. J'aimerais que ça finirait et mes médicaments. Je le vois encore mais pas si souvent; ça me tanne.*

Rappelons que le dossier médical de Lorraine est très chargé. Son point de vue sur ses nombreuses hospitalisations varie : certaines l'ont aidée tandis que d'autres ont été très néfastes. Tout au long de son récit, Lorraine parle de sa lutte acharnée contre les médicaments. Elle espère toujours arriver à vivre «normalement», c'est-à-dire sans cette béquille :

> *En psychiatrie, si qu'il y aurait moins de médicaments, plus de thérapie, un à un ou personnel, ou en groupe, ça marcherait mieux. J'ai eu 14 opérations, j'ai pris de la dope pour 20 ans.*

L'histoire de Lorraine est celle de nombreuses périodes de crise, ponctuées de quelques accalmies. Elle n'a pas eu de «rechute» depuis environ cinq ans. C'est du côté de l'entraide et de l'aide professionnelle «douce» qu'elle va maintenant chercher un équilibre, encore que précaire. Elle croit que l'accès aux services du centre de jour ou de la clinique externe est plus facile et direct. Elle fait surtout appel aux infirmières et aux psychologues, toutes des femmes, qu'elle juge plus disponibles et plus attentives à ses maux. Enfin, les psychiatres semblent prescrire à Lorraine des médicaments sans tenir compte de sa lutte contre la drogue ni de ses sentiments et opinions sur les médicaments.

Serge

Serge nous parle peu de son histoire médicale. Cependant, on note que deux expériences l'ont marqué : une

expérience d'entraide lors d'une hospitalisation et sa participation à une séance animée dans un centre de rencontre par le père B : «C'est un prêtre, c'est un personnage qui est simple. La manière qu'il s'exprime, tu n'as pas besoin de dictionnaire, c'est clair et net; il s'y connaît.» Ces expériences expliquent son attitude envers l'aide professionnelle. Il semble que ce soit à un centre de rencontre qu'il communique pour la première fois à quelqu'un son état de dépression, à l'occasion d'une séance collective organisée par un prêtre :

> *L'effet que ça fait quand on est arrivés à l'autre bout* (en cercle, on partage son vécu), *ce n'est pas explicable. On n'était plus mal à l'aise. C'est pareil comme si on se connaissait tous depuis longtemps puis on était tous dans un party [...] Je ne sais pas comment je pourrais expliquer ça. Pareil comme des vieux amis! J'ai sorti de là et j'ai dit : «Qu'est-ce qui c'est passé?» J'en revenais pas. Je n'étais plus déprimé, j'étais encouragé, puis aucun médicament. J'ai dit : «est-ce que c'est possible?»*
>
> *Pourquoi on ne s'arrêterait pas et qu'on essayerait de travailler ça nous autres, même pour essayer de trouver une solution avant de prendre recours à des médicaments ou des solutions qui ne font pas d'allure?*

Lors de sa dernière dépression, Serge est hospitalisé dans l'aile psychiatrique d'un hôpital local. Curieusement c'est là qu'il vivra sa deuxième expérience de partage, d'entraide. Voici comment il décrit cette expérience d'échange entre personnes en difficulté :

> *On avait un rendez-vous le matin, un rendez-vous l'après-midi et le soir. Les garde-malades étaient obligées de venir nous dire d'aller se coucher, on ne voulait plus s'en aller. On avait hâte au lendemain. Le lendemain, on se rencontrait tous encore à la même place et on discutait encore... parle puis parle, on parlait... c'était toujours sur la dépression. Et j'ai dit : «lorsque je vais sortir d'ici, j'essaie d'ouvrir un*

club de rencontre pour ceux qui ont fait des dépressions.» (Depuis, Serge a poursuivi l'expérience dans sa communauté en constituant un groupe d'entraide.)

Ça faisait plus de bien que les médicaments. C'était comme un soulagement. Il y a des choses que l'on disait pas au médecin parce que le médecin, il donne des médicaments, il t'endort puis, en tout cas, la dépression est censée de passer de même. Ça fait que dans «Déprimés anonymes», c'est ça que l'on fait. On dit ce qui ne va pas.

C'est en les opposant à l'entraide que Serge critique les pratiques des intervenants et intervenantes. Selon lui, l'aide professionnelle est souvent non appropriée parce que les personnes dépressives ont surtout besoin d'amis ou d'amies à qui elles peuvent se confier. La médicalisation du problème ne règle rien.

Simon-Pierre

Simon-Pierre a suffisamment fait confiance à un médecin pour lui dire ce qui n'allait pas. Il n'aime pas les thérapies et considère que les professionnel-le-s cultivent les liens de dépendance qu'ils nouent avec leurs «clients».

Je crois bien gros que le monde peut s'aider. Les affaires de thérapie, je n'y crois pas.

Que ça soit les travailleurs sociaux ou les psychiatres, c'est la même affaire. Tout ce qui est intervenant, ils ne les aident pas à se débarrasser de [...] C'est pareil comme si que tu avais des béquilles et ils disaient que tu les as tout le restant de ta vie. À un moment donné, les béquilles, il faut que tu les laisses aller. Tu marches sur ta patte. Ce n'est pas nécessaire d'avoir une démarche de mannequin mais si que tu marches comme tu peux, si tu marches comme tu marches.

Simon-Pierre aspire à fonctionner le mieux possible, mais ne croit pas qu'il peut arriver à résoudre entièrement ses problèmes. Il voit encore son psychiatre, mais c'est

uniquement pour se faire prescrire des médicaments : «Quand j'ai mes médicaments, je réussis à fonctionner. Je m'en fais pas. Je me sens bien. J'ai des problèmes comme tout le monde, mais je vis. Quand je n'ai pas de médicaments, je ne suis pas capable de vivre» explique-t-il. Il a tenté à plusieurs reprises d'arrêter de les prendre, mais il constate que chaque sevrage se solde par une crise. Il semble maintenant se résigner à accepter qu'il devra peut-être en prendre toute sa vie, même s'il n'exclut pas de tenter encore de s'en passer.

Il reproche à son psychiatre de ne pas être en mesure d'intervenir autrement que par la médicalisation de son état. Par exemple, la dernière crise de Simon-Pierre résulte d'un problème d'endettement. Lorsqu'il en a parlé à son psychiatre, celui-ci n'a pas su le conseiller, étant incapable de jauger l'ampleur de sa situation. C'est par une autre source que Simon-Pierre apprendra qu'il peut avoir recours à l'Association coopérative d'économie familiale (ACEF) pour résoudre son problème.

Mon psychiatre aurait peut-être pu me dire que l'ACEF, ça existait. Si que ça fait vingt ans qu'il fait ça, ça ne devait pas être le premier gars qui avait des dettes qu'il rencontrait. Il aurait pu s'informer un peu.

Simon-Pierre reviendra souvent sur cette idée : «Je dis que le psychiatre, pour de l'aide, ce n'est pas fort, fort.» Il déteste les hôpitaux : sa première hospitalisation lui a donné la phobie des institutions, surtout psychiatriques : «Je 'feelais' trop mal. J'étais capoté. Il n'y avait pas de place.» Il se résout à l'hospitalisation uniquement lorsqu'il ne peut absolument pas s'en passer. Il ne peut supporter l'idée de vivre dans un foyer non plus. Toute solution qu'il ne peut accepter de bon gré lui répugne.

Non, ça jamais été une réponse pour moi. Non, l'hôpital ne m'a pas aidé. Je ne vois pas en quoi que ça aide les gens non plus, surtout les gens qui ont des problèmes de psychiatrie. Le médicament peut aider

mais le lieu physique, l'hôpital... deux, trois dans une chambre, la TV à regarder, chaise berçante... Il y a différents types de maladie. Il y a des moins malades, des plus malades. Quelqu'un qui est dépressif et qui entre à l'hôpital, penses-tu que ça va le remonter toi? Juste le fait d'être amené à l'hôpital, ça le fait empirer.

Simon-Pierre tente donc de vivre du mieux qu'il peut, en marge de l'aide professionnelle. De celle-ci, il ne retire pas grand chose si ce n'est les ordonnances qui lui permettent d'avoir accès aux médicaments qu'il considère essentiels pour maintenir son équilibre, du moins pour l'instant.

Conclusion : le rapport à l'aide professionnelle

Les personnes qui se sont racontées ont eu recours à l'aide professionnelle, rappelons-le, lorsqu'elles étaient «au bout de leur corde» et que les ressources du milieu ne suffisaient plus. Dans aucun cas, le réseau primaire ne pouvait leur offrir le soutien nécessaire pour leur permettre de surmonter les crises du moment. Les possibilités n'étaient pas à la mesure des difficultés. Les membres de la famille immédiate étaient dépassés par les problèmes de santé mentale; ils ne pouvaient pas intervenir ou ne savaient tout simplement pas quoi faire. L'absence de réseaux alternatifs conduit aussi au recours à l'aide professionnelle. Lorsque les personnes interrogées vont voir leur médecin pour la première fois, elles n'ont trouvé dans leur milieu ni forme de soutien ni groupe d'entraide en matière de santé mentale. De plus, les professionnels ne semblent pas les informer des services d'entraide et c'est presque en marge de l'institution que les gens développent cette pratique (dans le cas de Serge du moins).

La première rencontre avec un professionnel de la santé nous semble capitale. Quatre personnes du Nouveau-Brunswick nous parlent du premier professionnel qu'elles ont consulté, soit leur médecin de famille. Son comportement et le diagnostic qu'il pose peuvent être déterminants

dans le parcours médical ultérieur. Les cas d'Alfred et de Lorraine sont assez probants à cet égard. Lorsque Alfred rencontre son médecin de famille, celui-ci l'oriente immédiatement vers un psychiatre. «Ce n'est pas un médecin ordinaire, il grouille.» En effet, son médecin interviendra même pour lui trouver un emploi. Lorraine, par contre, recevra des tranquillisants de son médecin de famille. «Je ne savais même pas qu'est-ce que c'était pour... En cinq semaines j'ai pris les deux bouteilles» nous dira-t-elle. On ne peut attribuer le parcours médical différent d'Alfred et de Lorraine à ce seul facteur, mais il nous semble évident que Lorraine n'a pas eu les soins nécessaires dès sa première rencontre avec le système médical, alors qu'Alfred a été mieux traité. Peut-on en conclure que les deux sexes sont traités différemment?

Bernard et Hermance nous ont aussi fait part de l'influence négative qu'ont eue sur eux leurs médecins de famille. Bernard a dû insister pour voir un psychiatre tandis qu'Hermance n'accepte pas que son médecin lui dise : «C'est juste une petite dépression, t'en fais pas avec ça. Je vais te donner des calmants.» Trois des cinq personnes du Nouveau-Brunswick considèrent donc que leur médecin de famille n'a pas pris au sérieux leurs symptômes et les a traitées à la légère, sans tenir compte de leur état. Dans deux cas, il s'agit de femmes, ce qui peut nous ramener au dicton «Vas t' faire soigner, t'es malade.»

Nous pouvons dégager trois cheminements ou trois comportements types face à l'aide professionnelle. En effet, étant donné que les personnes rencontrées ont un rapport sensiblement différent aux soins institutionnels selon leur premier contact avec les professionnels, elles peuvent entretenir par la suite : des rapports de méfiance, des rapports d'indépendance et des rapports de dépendance face à la psychiatrie. Ces comportements de départ évoluent soit vers un rejet complet de la psychiatrie, soit vers une distan-

ciation ou vers l'acceptation intégrale des diagnostics et des soins offerts par les professionnels.

Par ailleurs, il est clair que les trois des Montréalais rencontrés, soit Charles, Simon-Pierre et Fernand, dès le départ, se méfient davantage des soins professionnels et institutionnels.

Ils considèrent tous que l'aide psychiatrique reçue est oppressive. Ils ont connu les traitements de la psychiatrie traditionnelle, ayant été internés ou hospitalisés. Ils prennent aussi des médicaments depuis longtemps.

Charles n'accepte pas sa première hospitalisation, qui a duré quatre ans. Il considère qu'il a été interné parce qu'il n'avait pas de pouvoir. D'entrée de jeu, Fernand est contre les psychiatres. À 14 ans déjà, il refuse de se confier à ce spécialiste parce que «c'est un autre docteur qui te pose des questions que tu ne comprends pas.» Il leur reproche leur absence de connaissances concrètes du milieu de vie des défavorisés. Pour lui, l'aide professionnelle, c'est la «tour de Babel».

Simon-Pierre se méfie des médecins. Il n'aime pas les thérapies verbales et estime que les professionnels encouragent la dépendance. Il reproche surtout à son psychiatre de ne pas intervenir sur d'autres registres que celui de la santé mentale. «Mon psychiatre aurait pu me dire que l'ACEF, ça existait. Je ne suis pas le premier gars qui a des problèmes d'endettement» observe-t-il. Il déteste aussi les hôpitaux, qui ne contribuent pas à améliorer l'état des gens qui les fréquentent.

À cause des traitements qu'ils n'acceptent pas, ils en viennent tous à rejeter la psychiatrie et tentent de vivre le plus possible en marge des soins professionnels. Ils y ont recours uniquement pour obtenir leurs médicaments. Ils s'éloignent de toutes les formes officielles de soins de santé. Il s'agit, dans ces cas, de comportement anti-psychiatrique. Les trois comptent peu sur l'aide professionnelle et se

tournent vers l'entraide pour maintenir leur état de santé. Pour eux, l'entraide n'est pas un complément mais bien une solution de rechange aux soins professionnels.

Chez Alfred, Hermance et Serge, peu de rejet ou de méfiance mais une indépendance à l'égard des soins professionnels. Ils n'ont pas été hospitalisés (à l'exception de Serge, pour une courte période) et ne prennent pas de médicaments. Chacun va puiser chez les professionnels de la santé ce qui lui est nécessaire; plutôt que de mettre l'accent sur l'oppression des professionnels, ils insistent davantage sur les possibilités de l'entraide. Alfred et Hermance sont cependant très conscients du rapport de pouvoir inégal existant entre les professionnels et les client-e-s; pourtant, ils n'adoptent pas une position anti-professionnelle mais plutôt a-professionnelle. Alfred nourrit d'excellent rapports avec son psychiatre sans perdre son sens critique à l'endroit des professionnels qui, reconnaît-il, l'ont aidé dans sa démarche. Hermance, pour sa part, tente d'éviter d'avoir recours aux soins professionnels et aux médicaments, mais n'hésite pas à adresser à ces services des personnes en difficulté. Serge ne se montre pas critique envers les professionnels, mais sa pratique d'entraide contribue à la longue à le tenir à distance du système institutionnel. Pour ces personnes, l'entraide devient plutôt un substitut de l'aide institutionnelle. Hermance et Serge sont soucieux de développer des lieux de transition entre les soins psychiatriques et la communauté, tandis qu'Alfred insiste sur la nécessité de rompre les liens de dépendance à l'égard des soins professionnels et institutionnels. Tous favorisent la prise en charge par le milieu et l'autonomie des personnes qui reçoivent des traitements psychiatriques. À noter que tous les trois sont actuellement animateurs ou coordonnateurs de groupes d'entraide au Nouveau-Brunswick.

L'attitude de Bernard, Lorraine et Denise nous semble de prime abord sensiblement différente. Leur premier

contact avec les professionnels est marqué par une dépendance et même une soumission aveugle. Par contre, leur cheminement est différent. Bernard et Lorraine auront, petit à petit, des pratiques alternatives plus autonomes, deviendront de plus en plus indépendants, tandis que Denise s'intégrera à l'institution, sans recul vis-à-vis des soins psychiatriques. D'ailleurs, elle n'a pas beaucoup le choix. En fait, Denise, toujours internée, est la seule qui reste actuellement dans un rapport de dépendance et de soumission à l'égard des soins institutionnels. Elle a résisté à l'internement, mais les électrochocs lui «ont remis les pieds sur terre», dira-t-elle. Elle est maintenant intégrée à l'institution; c'est son foyer; elle s'y trouve bien.

Tout au long de son récit, Bernard ne conteste pas la légitimité des professionnels; il suit leurs directives (arrêter de lire, par exemple) sans poser de questions ni remettre en question leurs opinions. Dès sa première rencontre avec un psychiatre, il est hospitalisé et reçoit par la suite une série d'électrochocs. Ces interventions ne sèmeront pas le doute dans son esprit; plus tard seulement, il refusera l'hospitalisation prescrite et demeurera à distance de son psychiatre. Il qualifie maintenant ces rencontres d'inutiles et c'est vers d'autres ressources qu'il se tourne pour satisfaire ses besoins actuels.

Au départ, Lorraine se montre aussi plutôt passive devant les soins professionnels. Elle accepte naïvement les ordonnances de son médecin de famille, même si elle n'y comprend rien. Par la suite, elle devient assez rapidement critique à l'égard du système de soins de santé. Elle considère que les services professionnels sont soit inaccessibles, soit non appropriés. Elle cite les multiples rendez-vous annulés et les longues attentes dans les salles d'urgence. Elle reproche surtout au système médical l'absence de suivi après ses hospitalisations et le peu de souci manifesté à l'égard des conséquences des interventions : «Quand je suis retournée à la maison, je ne savais pas comment faire cuire

des patates. J'ai tout oublié, mais mes problèmes étaient encore là.»

Face à cette distanciation des soins psychiatriques, ces deux personnes du Nouveau-Brunswick font appel aux formes «douces» de l'aide professionnelle. Elles utilisent surtout les centres de jour, où elles peuvent rencontrer des psychologues, des infirmières. Elles se réjouissent de pouvoir bénéficier des techniques de relaxation et des activités de groupe organisées par ces professionnelles du milieu. Elles ont ainsi recours à l'aide parallèle, féminine de surcroît, qu'elles estiment plus accessible, plus disponible et plus en mesure de répondre aux besoins du quotidien.

Lorraine et Bernard suivent un processus de conscientisation et de reprise en charge. Rompant avec l'attitude de dépendance, ils acquièrent progressivement un sens critique et cherchent des solutions de rechange aux soins psychiatriques contraignants. En ce sens, Lorraine et Bernard deviennent peu à peu indépendants à la manière d'Alfred, d'Hermance et de Serge. Notons que, pour Lorraine et Bernard, les centres de jour des hôpitaux et les groupes d'entraide ont sensiblement la même fonction et sont utilisés au même titre, c'est-à-dire comme éléments stabilisateurs. Les services d'entraide sont donc présentés comme complémentaires à l'aide institutionnelle «douce».

Il ressort clairement de cette partie de la recherche que l'entraide au Nouveau-Brunswick ne constitue pas une solution de rechange mais plutôt un complément de l'aide institutionnelle et professionnelle. Les actrices sociales travaillent à se construire des lieux de rencontre et d'appui mutuel, mais elles tentent aussi de tirer le meilleur parti des soins professionnels dont elles peuvent bénéficier. Ceci ne les empêche toutefois pas de formuler certaines critiques, acerbes même, au sujet du système de soins de santé. On reproche aux psychiatres le recours trop rapide aux méthodes radicales, à la médicalisation, à l'internement. La formation professionnelle est qualifiée de trop théorique, trop

éloignée du vécu des clientes. Les p· ·fessionnels sont décrits comme distants, parfois même inabordables. Enfin, l'idéologie professionnelle qui induit un rapport inégal, un rapport de dépendance et de pouvoir est sentie et dénoncée à maintes reprises.

Au Québec par ailleurs, les positions sont plus radicales. Les services d'entraide, dans la région montréalaise, lieu de nos interviews, sont plus organisés et se présentent comme une solution de rechange, plutôt que comme un complément aux ressources institutionnelles. Ici, on a tendance à se tenir loin de la psychiatrie, de l'expertise; on n'a recours à ces sources que pour des ordonnances obligatoires. Pour le reste, on s'organise sans professionnels et sans ressources paramédicales.

En somme, les neufs personnes – à l'exception de Denise peut-être – nous font part de leur sens de la débrouillardise, même au sein des services professionnels : elles vont y puiser ce qui leur convient, et font preuve d'ingéniosité et de créativité afin de satisfaire leurs besoins au quotidien.

7

L'ENTRAIDE

Il y a du monde qui vient au groupe d'entraide et qui sont tombés dans les craques. Tous les services ne peuvent pas les aider. C'est pour ça qu'y sont là.

Alfred

Les groupes d'entraide en santé mentale sont de plus en plus reconnus par la population et les pouvoirs publics, et ce, malgré une réticence certaine des milieux médicaux et professionnels à reconnaître la valeur et la portée de ce mouvement. Contrairement aux formes d'aide offertes par les réseaux primaires, un service d'entraide suppose un certain degré d'organisation et de visibilité sociale; il implique également une prise de position, implicite souvent, devant l'inefficacité des organismes actuels des services.

Les neuf personnes interrogées ont toutes bénéficié de l'entraide, c'est-à-dire qu'elles ont participé activement, à un moment donné, à un groupe ayant une orientation et des objectifs d'autosuffisance. Certaines y travaillent comme salariées ou bénévoles et trois d'entre elles ont contribué à la création des groupes dont elles coordonnent actuellement les activités.

Nous avons voulu analyser l'importance que ces personnes accordent à l'entraide dans leur vie et comment elles en

mesurent la portée en regard des réseaux primaires et de l'aide professionnelle en particulier. C'est en situant l'entraide dans le contexte de leur vie et de leurs difficultés quotidiennes que nous serons mieux en mesure d'en apprécier la valeur.

Alfred

Alfred coordonne un «groupe de support» depuis trois ans. Pour lui, ce centre constitue «une place pour parler de ses problèmes mais c'est aussi une place pour l'amitié». Les personnes vont au groupe pour créer des liens sociaux; elles en ont besoin. «S'exprimer, c'est pour ça que les groupes d'entraide sont bons; ça permet aux gens de s'exprimer, de dire ce qu'ils ont à dire.»

Il est très préoccupé par les rapports de pouvoir au sein du groupe. Selon lui, ces rapports sont symétriques entre les membres, c'est-à-dire que chacun peut partager avec les autres, recevoir de l'aide et être aidé. Les coordinateurs de ces organismes, par contre, ont un rôle particulier : «Ça ne marche pas pour ceux-là qui sont en charge, si que tu fais ta job comme y faut» nous explique-t-il. En fait, dans son travail, Alfred tente d'éviter l'épuisement et est d'avis que les membres peuvent facilement devenir dépendants des permanents comme lui.

> *Pour empêcher le «burn-out», c'est là l'entraînage du coordonnateur. C'est pas partager tout ça qu'il a, lui, avec les autres. Ça marche pas cette affaire-là. J'avais essayé ça au commencement, ça marche pas. Ça fait «burner-out» quelqu'un. Mais, je peux faire de quoi que le psychiatre ne peut pas faire.*
>
> *Je ne vais pas donner mon numéro de téléphone à tout le monde car ça m'a arrivé que le monde appelle à douze heures du soir chez nous. Ils me disent : «Je "feelerais" pour me tuer se soir.» Moi, ça affecte beaucoup ma santé mentale quand le monde prenne*

avantage de m'appeler à la maison puis me raconter toutes sortes de choses...

Lorsqu'il réagit avec les membres du groupe, il «implique ses sentiments mais pas trop». Il ne se confie pas beaucoup, mais il peut, par contre, «risquer son amitié» plus qu'un psychiatre. Il se perçoit d'ailleurs souvent comme un intermédiaire, un médiateur même, entre les membres du groupe et les professionnels. Il va, par exemple, «traduire» aux participantes et participants les explications du psychiatre : «Docteur X. va lui dire des choses qu'il ne comprend pas, moi je vais l'expliquer dans des mots plus faciles. Çà, c'est peut-être une chose critique, expliquer les choses plus simples au lieu de dire des grands mots 'fancy'.»

Alfred a beaucoup d'empathie envers les membres du groupe : «Il y a une partie de la manière qu'ils sont, il me semble que je me vois là-dedans», ou encore : «je pouvais voir à travers d'elle» confie-t-il. Il utilise parfois certaines techniques qu'il a apprises de son psychiatre, mais la plupart du temps il intervient spontanément. C'est juste du «bon sens», dit-il. Il se décrit à la fois comme un professionnel et comme un ami :

Moi je suis là, de temps en temps, je crois que je professionnalise mon amitié, je suis un ami professionnel. Je commence à connaître un peu mon métier, connaître un peu mon affaire aussi, un peu, pas beaucoup mais un peu. Je pense que ça aussi, je pense que l'autre, en l'entraidant, ça professionnalise mon amitié.

Pour Alfred, l'entraide, au groupe, est très liée à l'amitié : «Ça marche seulement s'il y a une amitié très connectée ensemble, là ça va marcher.» C'est pourquoi, selon lui, l'entraide fonctionne plus dynamiquement à l'extérieur du centre que lors des rencontres comme telles. En fait, c'est lorsque les membres ont établi des liens d'amitié et qu'ils se voient à l'extérieur du centre qu'on peut reconnaître l'intensité, le dynamisme et l'efficacité du groupe. Il trouve

que la qualité de l'interaction au sein du groupe est actuellement «très sophistiquée» et voudrait plus de moyens pour rejoindre d'autres personnes qui pourraient bénéficier de cette solution de rechange aux soins institutionnels et aux approches professionnelles.

Il y a beaucoup de monde qui pourrait bénéficier du groupe, on a besoin du monde pour aller les chercher. C'est là que la Commission (sur la santé mentale) *ne donne pas l'argent [...] Un salaire par groupe... mais moi je dirais qu'il devrait y avoir plus de salaires et il devrait y avoir des entraidants qui vont sur la rue et qui vont chercher le monde. C'est là que l'entraidant peut risquer son amitié un peu plus que le professionnel.*

Le plaidoyer d'Alfred sur la nécessité des groupes d'entraide est très éloquent. Il dira à plusieurs reprises qu'il faut beaucoup de courage pour appartenir à un groupe qui s'occupe de santé mentale parce que c'est un acte d'aveu et d'affirmation de besoins différents. Cette reconnaissance fait énormément défaut dans notre société et les personnes atteintes de problèmes de santé mentale sont souvent exclues de la société. À preuve, l'expulsion du groupe du local qu'il occupait depuis trois ans, au sous-sol d'une église :

C'est une place pour parler de ses problèmes mais c'est aussi une place pour l'amitié. Ça prend beaucoup de courage pour parler de problèmes et être amical et tout ça. Quelqu'un qui vient au groupe est superspécial, plus de courage que le restant des malades en général. Quand le gouvernement ne donne pas d'argent au groupe, il nie un besoin, un besoin fondamental aux personnes de se rencontrer.

Je remarque quelque chose d'intéressant, ceux qui n'ont pas travaillé pour dix, douze ans, qui n'ont pas travaillé longtemps, longtemps, après avoir venu au groupe et les avoir... ils sont négatifs... une fois qu'ils ont tout dit le négatif, de temps en temps ils vont dire que ça leur dirait de travailler maintenant. Ils vont

changer parce qu'il y en a d'eux qui n'ont jamais eu la chance d'être ce qu'ils veulent être et une fois que tu es ce que tu es... j'ai vu ça même sur ceux qui sont chroniques. C'est comme celui qui s'avait beaucoup enragé une bonne journée. Il criait dans la salle. Il aurait «feelé» pour frapper les murs. Après ça, il était fatigué. Il dit qu'il n'avait jamais pu faire ça dans le bureau du psychiatre. "Si que j'aurais commencé à faire ça... à l'hôpital... on étouffe..." C'est pour ça que le prêtre nous jette dehors du local qu'on occupait depuis trois ans. L'anesthésie d'une classe de personnes.

Il y a des choses de temps en temps que les personnes disent. Si que ç'aurait été dit à la maison chez nous, il y aurait quelqu'un qui aurait «puffé», qui aurait dit que ça ne fait pas de sens. Il y a des choses qui sont très illogiques, de quoi qui se comprend et qu'on pourrait se moquer [...] Je regarde les autres autour, ils écoutent et acceptent ça. Les personnes se sentent acceptées. Il y a du monde qui vient dans le groupe d'entraide et qui a tombé dans les craques. Tous les services ne peuvent pas les aider. C'est pour ça qui sont là.

Alfred fait preuve d'une étonnante perspicacité. Non seulement considère-t-il que son travail au groupe d'entraide l'a fait beaucoup avancer, mais encore est-il conscient de la complexité et de l'importance des relations qui se nouent entre les membres du groupe. Il peut nous faire part, de façon très détaillée, des problèmes du groupe, tout en posant la nécessité absolue des groupes d'entraide et en démontrant leur spécificité par rapport aux services professionnels. Il sait aussi parler du groupe avec sincérité en admirant le courage et la détermination des participants et participantes. Enfin, il a beaucoup réfléchi à son rôle à l'intérieur du groupe et il se présente comme quelqu'un qui «professionnalise son amitié».

Bernard

Pour Bernard, le centre de jour de l'hôpital et le groupe d'entraide qu'il fréquente actuellement ont à peu près la même fonction : ce sont des endroits où il peut aller quand il se sent seul et où il peut rencontrer des personnes victimes de difficultés semblables aux siennes. Il connaît très bien les centres de jour des deux hôpitaux de la ville. Voici en quels termes il parle de celui de l'hôpital Georges-Dumont :

> *Je crois que j'ai aidé pas mal de monde, juste en parlant. C'est ça que le docteur m'avait dit que je pouvais aider les autres, ça fait à peu près deux ans que je vais au centre du jour. Nous autres, au centre du jour, on est avec les gens de l'interne, on est ensemble. Ça fait qu'il y en a qui viennent me parler, ils me content leurs problèmes. Je les aide, je ne juge pas personne. Je peux savoir comment un gars est, juste en regardant un petit peu pour voir comment que c'est.*

Lorsqu'il vivait seul, Bernard a fréquenté un groupe dirigé par des professionnels. Il n'aimait pas ce groupe, entre autres parce que «même les Français y parlent l'anglais». Lorsque le groupe d'entraide s'est formé, il y a participé activement dès le début.

> *Moi, ça m'a beaucoup aidé. Çà, ce groupe-là, ça me faisait une place à aller. Je téléphonais une madame* (une stagiaire au groupe d'entraide) *[...]* (pendant) *six, sept mois de même, je téléphonais souvent, presqu'à tous les soirs par bout. Je voulais être indépendant d'elle. J'ai arrêté de lui téléphoner, après ça, je me suis trouvé des amis au centre du jour et puis j'allais encore au groupe. J'y vais moins qu'avant, mais j'y vais quand j'ai chance à y aller, j'y vais... si je me sens seul.*

Nous voyons que Bernard ne fait pas beaucoup de distinction entre l'aide professionnelle offerte au centre de

jour et l'entraide du groupe de soutien. Par contre, il établit une distinction très nette entre ces formes d'appui au quotidien et l'aide offerte par son psychiatre : «Comme le groupe, c'est plutôt comme ami que je prends ça. Rencontrer du monde qui a des problèmes, comme moi à peu près. Le psychiatre, c'est strictement psychiatrique. Tu vas là et tu dis comme tu "feel" et tout ça.» Bernard considère le groupe d'entraide comme l'un des éléments qui lui permettent de garder son équilibre.

Charles

Charles ne consacre pas moins de dix heures par semaine au groupe d'entraide. «Ça me tient occupé et c'est valable» lance-t-il. Ayant participé à plusieurs réseaux du genre, il décrit leurs activités bénévoles et l'entraide de la façon suivante :

> *Entraide, ça veut dire rendre service ou parler à quelqu'un ou donner des cigarettes ou un café ou une liqueur ou aller faire des commissions, participer aux activités, aller à l'assemblée des membres et défendre certains points de vue ou manifester pour la défense des droits. C'est aller jusqu'à passer sur la télévision. C'est dangereux parce que tu dis à tout le monde que tu es malade mental quand tu passes à la T.V., que je souffre d'une maladie mentale et que je suis aidé par le projet.*

Charles aime rendre service et dit ne pas avoir besoin d'être payé. Il estime avoir aidé bien du monde en donnant de l'information. «J'étais bon informateur» affirme-t-il. Il est très heureux de l'atmosphère au groupe d'entraide auquel il participe actuellement.

> *Il y a des danses et des activités, comme faire du dessin et participer aux magazines* (la rédaction et la publication d'une revue), *les défenses des droits et l'assemblée des membres ou les repas qu'il y a ici pour un dollar, faire des commissions, ça c'est une forme*

d'entraide. Hier, j'ai été acheter les choses pour le repas. J'ai aidé à un professeur en allant chercher les choses au magasin.

Le groupe d'entraide, c'est d'abord et avant tout un endroit où on peut s'exprimer : «À une autre place je ne serais pas capable de dire des choses que je dis ici. Je ne pourrais pas faire des farces comme je fais ici.» C'est le groupe qui lui a trouvé un logement et c'est grâce à ce centre qu'il peut se faire des amis. Il n'invite toutefois pas ses amis à son appartement, parce qu'il n'a pas les moyens de leur offrir quoi que ce soit. Rappelons aussi que deux d'entre eux se sont déjà suicidés.

Charles fréquente le groupe d'entraide tous les jours et participe bénévolement à l'organisation des activités. C'est, à son dire, ce qui lui permet de maintenir son équilibre mental.

Denise

Denise est la seule qui associe de près l'entraide et le bénévolat. Rappelons qu'elle coordonne une équipe de bénévoles et est actuellement présidente du comité des bénéficiaires de son institution. Voici comment elle conçoit son rôle :

Moi, je me suis présentée dans le but d'aider ceux qui sont ici pareils comme moi mais qui sont encore plus démunis que moi, qui sont sur une pension d'invalidité. Ils ont à peu près deux cents dollars par mois. Qu'est-ce qu'ils peuvent faire avec ça?

Moi, je leur dis d'aller voir au service de bénévolat. Mais là, par contre, il a fallu mettre un contrôle parce qu'il y avait trop d'abus. C'étaient toujours les mêmes qui étaient rendus là et d'autres pauvres en avaient pas. Ils ont contrôlé ça en demandant une lettre de l'infirmière qui mentionne ce que le bénéficiaire a besoin et ne peut pas se procurer.

L'idée du contrôle des services bénévoles par l'institution ne l'inquiète pas. Le comité des bénéficiaires, c'est d'abord un lieu pour établir des contacts. Elle a porté le nombre de membres du comité de cinq à vingt «parce que moi je trouvais que cinq idées c'étaient pas assez, ça devient monotone» soutient-elle. Elle organise aussi une réunion par semaine, plutôt qu'une par mois, et elle participera bientôt aux activités du Club d'âge d'or de la même institution : «C'est tellement important pour moi. Je veux faire un groupe d'amis aussi. J'aime le contact, beaucoup, beaucoup.»

Denise considère son rôle comme important au sein de l'institution. Elle organise des activités pour les autres résidentes et envoie une bénévole visiter les gens qui n'ont pas de parents. La notion d'entraide, de solidarité entre bénéficiaires semble toutefois absente. Le bénévolat de Denise s'inscrit plutôt dans le contexte institutionnel des services et dans le maintien d'une structure harmonieuse et non compromettante à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique.

Fernand

Fernand participe à son réseau d'entraide depuis environ quatre ans, mais c'est un organisme qu'il connaissait depuis beaucoup plus longtemps. Il s'insurge surtout contre la marginalisation que les membres du groupe ressentent et subissent de la part des gens dits «normaux». «Le monde dehors ne comprend pas, se plaint-il, et c'est très nocif». Ce qu'il apprécie surtout au sein du groupe, c'est l'atmosphère et le climat de non-concurrence entre les membres.

J'ai fréquenté différents quartiers et j'avais entendu beaucoup de rumeurs :«Ces gens-là sont fous, les gens du groupe, ils ne sont pas comme les autres, ils attendent devant la porte pour que le local ouvre. Ces gens-là, ils ont un problème.» J'ai dit que j'allais

aller voir ça. Les gens, ici c'est «cool», pas de stress, tu n'as pas besoin de faire semblant que tu es quelqu'un, tu n'as pas besoin d'être quelqu'un d'autre. Tandis qu'ici, je viens ici pour le contact humain. J'en ai pas rencontré un avec qui j'ai pas eu du «fun» à jaser. Pourquoi je me casse la tête pour aller me saouler quand j'ai seulement besoin de me prendre un café et de les écouter parler. C'est si simple, pas compliqué du tout, pas de stress, pas de problèmes. Ils prennent leurs médicaments. Ils font qu'est-ce qu'ils peuvent et ne se cassent pas la tête parce qu'ils en savent pas plus que ça. C'est ça que le monde de dehors ne comprend pas.

Pour Fernand, la distinction est très claire entre l'attitude «du monde normal» et celle des membres du groupe. La pression des gens «du dehors» est très forte, explique-t-il. Sa non-participation au groupe pendant une longue période serait due, en partie, à cette marginalisation sociale des personnes qui appartiennent au groupe. Il reconnaît cependant que c'est au sein de ce réseau que se nouent les vraies relations, en dehors des préjugés, de la concurrence entre l'état de chacun, des salaires et des réputations. Il dit même au «monde d'en dehors» :

«Arrêtez de nous piquer sur le dos. On n'est pas si mauvais que ça.» Une attitude comme il y a en dehors, c'est très nocif. Ils sont supposés d'être éduqués et très savants.

Ici, le but de la place... c'est s'entraider. On a tous une maladie commune. On a tous un but commun, j'imagine, se guérir. On n'est pas ici pour se chicaner. On ne vient pas ici pour s'argumenter. On vient ici se conter nos problèmes exactement comme c'est. On vient peut-être ici parce que l'on est sur le «top». Trois quarts des gens qui viennent ici sont dans les familles d'accueil...

Fernand insiste sur l'isolement des personnes qui reçoivent des traitements psychiatriques. «Il y a beaucoup de

solitude» dit-il. Le groupe organise plusieurs activités comme des cours et des activités sociales. La participation des membres du réseau au film *Le grand monde* a été un événement. Fernand estime que ce film a «réveillé un de ses amis». Après quatorze ans à ne rien faire, il a suivi un cours et s'est trouvé un emploi. En ce qui le concerne, la participation au scénario et au tournage du film lui a donné «la chance d'être sur pellicule... Ma mère était très fière. Ça a passé à la T.V. Ça m'a donné la chance de dire un message.»

Un peu comme Alfred, Fernand considère les membres du groupe comme des «professionnels de l'insight» :

> *Quand tu approches quelqu'un, tu vas le savoir quand il est en crise parce que ton instinct, ton «insight», va crier panique, va crier «crise!». Juste le peu d'instinct dans la chose, tu «pines» un gars en cinq minutes.*

Le groupe d'entraide est très important dans la vie de Fernand. C'est là qu'il se fait de «vrais amis et amies». Il y trouve réconfort et soutien.

Hermance

C'est après sa dépression qu'Hermance se sensibilise davantage à l'importance de l'entraide : «Il y a ma sœur qui s'occupe de l'Association canadienne pour la santé mentale. Elle m'amenait des pamphlets, je m'intéressais de plus en plus aux patients qu'elle recevait à son bureau et je me disais que c'est des personnes démunies qui auraient besoin de leur place dans la société, comme toutes les autres.» L'idée d'un lieu pour échanger et partager ses expériences l'a beaucoup intéressée. Elle décrit le groupe qu'elle anime comme un endroit «où est-ce que l'on donne le support aux personnes en dépression». Cet appui peut se matérialiser de différentes façons, par exemple, quelqu'un peut aller négocier un prêt pour une personne en difficulté ou encore organiser le transport des personnes qui ont besoin de soins. Mais c'est d'abord et avant tout un lieu d'écoute.

[...] en partageant les expériences vécues, d'une personne à une autre [...] le respect des autres, beaucoup; ne pas juger la personne qui parle, même pas avoir d'expression sur le visage pour que la personne dise «Oh mon Dieu, je n'aurais pas dû dire ça.» Ne pas la juger, la respecter, l'écouter. L'écoute est un grand support pour la personne qui a besoin de parler. C'est comme je disais, partager nos expériences. Si les personnes en question savent qu'il y en a d'autres qui ont passé à travers. Les comprendre et ne pas les juger. Accepter les personnes telles qu'elles sont avec leurs défauts et qualités.

Quand tu vois des personnes arriver au groupe, la première soirée ça ne parle pas, la deuxième soirée ça ne parle pas, troisième soirée ça commence à parler, quatrième soirée ça parle encore, tu vois que la personne évolue dans le groupe et que tu rencontres la personne six mois après et elle travaille dans une boutique où elle fait face au public à tous les jours, c'est un des points positifs du groupe.

C'est surtout le vide entre les soins institutionnels et la communauté qu'Hermance regrette. La mise sur pied de «Déprimés anonymes» vise à combler cette lacune.

J'ai parlé tout à l'heure que le patient qui sort de l'hôpital psychiatrique devrait avoir de l'aide en communauté, pas retomber chez lui tout de suite. Il devrait y avoir comme une sorte de phase entre l'hôpital et chez lui et ça, ça devrait se faire en sens inverse. Le prendre de chez lui et l'amener à l'hôpital psychiatrique c'est trop rude. Là il y a de quoi faire une dépression ou tomber malade mentalement.

Selon Hermance, son travail l'aide à se maintenir en bonne santé. Elle considère que ce groupe est un endroit pour rencontrer des amis et amies capables de comprendre les personnes en difficulté : «Je pense que je peux revenir au groupe si dans le groupe tu peux trouver une amie à qui te confier et parler. Moi je dis que c'est la guérison de ma dépression.»

Lorraine

Lorsqu'on lui demande ce qui l'aide le plus à garder sa stabilité émotive, Lorraine parle indistinctement du centre de jour, du groupe de soutien et de ses parents, amis et amies.

> *Psychologiquement, P.* (infirmière à la clinique) *m'a beaucoup aidée; Alfred* (groupe de soutien) *m'a beaucoup aidé... il m'a supportée. La fille que je disais que j'avais aidée, moi je l'ai pas juste aidée... elle m'a aidée.*
>
> *Il y a beaucoup de place, il y a «Help 24»* (une ligne d'écoute), *«Our Place»* (un groupe d'aide), *malgré que j'appelle jamais là et que je suis membre par force il faut dire. Il y a des amis. Il y a beaucoup de place. Tu peux appeler les parents.*
>
> *Une autre chose c'est qu'une journée j'en pouvais plus, c'était toute. Il y avait personne qui pouvait m'aider. J'ai été au groupe de support. Alfred était seul, on a parlé. J'ai la manière de faire rire. On ricannait. J'ai sorti de là et je me sentais assez libre. Beaucoup d'énergie. [...]*

Lorraine parle aussi à quelques reprises de l'importance de Jésus dans sa vie. Elle a écrit un manuscrit, *The Grace of God in My Life* et veut en écrire un autre. Mais son principal espoir pour le moment, c'est d'obtenir un emploi comme secrétaire au groupe de soutien. Elle y a travaillé l'an dernier et espère beaucoup obtenir le même poste cette année parce que «ça me sort de la maison» et cela contribue beaucoup à son équilibre mental.

Soulignons que Lorraine est la seule femme interviewée qui ait actuellement un enfant à charge. Sa condition de mère de famille chargée de responsabilités et de tâches ménagères sans l'appui du mari ou de la famille immédiate, ressort dans son récit. Le peu de gratification qu'elle retire de sa situation explique son grand désir d'obtenir un emploi

rémunéré en dehors du foyer. Dans son cas, la question financière est également très importante.

Serge

Serge n'a pas rencontré dans son réseau primaire de gens à qui il peut se confier et avec qui il pouvait discuter de ses problèmes. Il est parent unique de trois adolescents. Le réseau d'aide professionnelle ne lui fournit pas non plus l'occasion de discuter de ses préoccupations. Rappelons que Serge, c'est l'ancien ouvrier qui a vécu une expérience d'entraide à l'intérieur de l'hôpital où il séjournait, lors d'une dépression. De cette expérience, il retiendra l'idée que le partage vécu, bien plus que les soins professionnels et la médicalisation, aide les gens à se situer, à se remettre de leurs difficultés.

À la première occasion après cette expérience en institution, il se joint aux bénévoles de l'Association canadienne pour la santé mentale de sa région et fonde un groupe de «Déprimés anonymes». Il décrit ce groupe comme un lieu où «l'on dit ce qui ne va pas». Tout comme Hermance, il considère plus facile de raconter ses problèmes à une personne qui vit une situation semblable qu'à un médecin. Il devient animateur à «Déprimés anonymes» et cette activité est un élément très stabilisateur pour lui. Il décrit le groupe comme «une grande famille» :

> *C'est une place que tu vas te vider, tu as quelque chose sur le cœur, sors-le, dis-le. Tu veux pleurer, reste là et pleure... si tu veux rire, tu ris. Mais débarrasse-toi-en. Ils ne sont pas tous pareils. Il y en a que c'était un blocage qu'ils avaient [...] Elle ne pouvait pas se confier, parce que le problème c'était avec la personne* (avec qui) *elle vivait, puis elle ne pouvait pas se confier à lui parce que c'était un autre problème, donc elle est venue et s'est dévidée. Elle a fait le nettoyage et après ça elle était correcte.*

Moi, je suis animateur, mais je viens ici aussi... pas parce que je veux montrer que je suis animateur, c'est que je trouve que ça m'aide terriblement. J'ai pas fait de dépression depuis que nous avons mis «Déprimés anonymes» sur pied. Il me semble que c'est en aidant les autres que l'on s'aide.

Le travail au centre, c'est «comme un paradis» parce qu'il s'y sent aimé. Serge revient à maintes reprises sur le fait qu'il n'a pas été encouragé, lorsqu'il était enfant, et que son travail n'était pas apprécié lorsqu'il était charpentier. Non pas que le travail n'était pas bon, mais les gens en voulaient toujours plus. Il trouve extrêmement valorisant de se retrouver dans un lieu où on le remercie pour les services rendus : «Si que je m'aperçois que je rends service à quelqu'un et qu'il l'apprécie, moi, c'est ma paye ça. C'est de même que je prends ça», ou encore : «Je pense que la récompense qu'ils nous donnent, le remerciement et l'appréciation d'eux autres, c'est plus que la paye. C'est plus valorisant.»

Ce n'est donc pas à partir d'une analyse critique de l'aide professionnelle, mais plutôt à partir d'une expérience spontanée de partage et de discussion avec des personnes hospitalisées comme lui que Serge arrive à l'entraide, à la suite d'un mouvement quasi instinctif. Il poursuit l'expérience parce que «ça fait plus de bien que les médicaments» raconte-t-il. Soulignons que l'entraide est le principal élément stabilisateur dans sa vie, et même le seul dont il nous ait fait part, à l'exception de ses enfants.

Simon-Pierre

Simon-Pierre tient beaucoup à son autonomie. Il essaie de faire appel le moins possible à sa famille parce qu'il considère que ses parents ont «fait leur bout de chemin». Il tente aussi de vivre en marge de l'aide professionnelle. C'est au groupe d'entraide qu'il trouve l'appui quotidien nécessaire à sa survie. C'est là qu'il se sent accepté et qu'il

peut retrouver confiance. C'est aussi là qu'il se fait de «vrais amis».

Je souffrais d'isolement. Je tombais comme malade et je me retrouvais tout seul. Il y a une amie à moi qui connaissait ce réseau et elle m'a apporté ici. C'était bien bizarre parce que les gens m'acceptaient pareil parce que j'étais en crise. Ça ne dérangeait pas. Je le sentais. Au niveau d'aide, Roger m'a beaucoup aidé. Il m'a parlé, on s'est parlé et j'ai comme repris confiance. C'était bien ponctuel. Qu'est-ce qui m'a aidé? Moi qu'est-ce qui m'aide bien gros... ça a l'air drôle à dire mais c'est d'aider les autres.

Ici, je me suis fait des bons amis et ça, ça m'a beaucoup aidé. Roger, je l'ai rencontré ici et maintenant j'habite avec lui. On s'entend très bien dans la maison. Lui m'a aidé beaucoup. À un moment donné, j'étais poigné, je n'avais plus d'argent, j'étais trois mois de loyer en retard. Je n'avais plus une cent. Il m'a dit de m'en aller chez lui, d'aller vivre chez lui. Ça m'a aidé beaucoup.

Simon-Pierre était habitué à vivre seul et craignait de partager un logement. Mais son amitié avec Roger l'a convaincu qu'il est préférable de socialiser, d'avoir du «monde avec lui» que de vivre seul.

La personne qui vit avec moi, elle a son amie qui vient. J'ai mes amis qui viennent, ça fait que l'on est souvent quatre, au moins quatre en partant. Je ne suis pas habitué à ça, avec quatre personnes, je suis habitué tout seul. «Dealer» avec trois autres personnes, il faut que je m'entende. Si que je m'entends bien avec eux autres, c'est merveilleux. Sans compter les autres qui viennent faire leur tour, des gens que l'on voit ici, qu'on est plus amis. C'est vraiment une petite famille.

Simon-Pierre insiste beaucoup sur l'aide concrète que les membres du groupe sont en mesure d'offrir chaque jour: faire les travaux ménagers de quelqu'un qui sort de l'hôpital, aider à déménager, dépanner quelqu'un qui a temporai-

rement besoin d'un peu d'argent. Il répète aussi, à plusieurs reprises, qu'en prenant part aux travaux du groupe, non seulement il vient en aide aux autres, mais encore il trouve une occupation, que ce sont des activités importantes pour lui, que ça le valorise : «Je ne suis pas très fort sur les activités thérapeutiques. C'est plus dans l'action que je trouve quelque chose» explique-t-il. Il rappelle aussi que les démarches du groupe sont toujours volontaires et qu'il ne se sent pas obligé d'aider quelqu'un «avec qui il ne s'entend pas».

> *La dimension de l'entraide, ça ouvre bien des portes. Il ne faut pas se flatter la bedaine avec ça non plus, en disant : «Moi, je viens faire du bénévolat, de l'entraide!» J'en ai de besoin que l'on m'aide des fois aussi. Des fois j'ai besoin que l'on me «crisse» la paix aussi. Le monde comprend ça aussi. Si que je ne m'adonne pas avec la personne, je ne me forcerai pas pour aller l'aider. Si que tu t'adonnes pas, tu t'adonnes pas. Je ne vois pas la raison pour laquelle tu te forcerais... tu n'es pas obligé de forcer l'autre personne non plus.*

Mais le groupe d'entraide c'est d'abord et avant tout un lieu où l'on peut rencontrer ses semblables, un lieu où l'on n'est pas marginalisé.

L'entraide est le principal élément stabilisateur dans la vie de Simon-Pierre. C'est autour de ce réseau qu'il organise son quotidien, c'est là qu'il refait son énergie, que les gens sont plus prêts à aider : «Le fait de venir ici et de voir du monde, rencontrer du monde. C'est meilleur que prendre une bière. Ma vie tourne beaucoup autour d'ici. Je suis ici à tous les jours.»

Conclusion : le rapport à l'entraide

L'ensemble de cette recherche visait principalement à évaluer le rôle que jouent les mouvements d'entraide dans la survie et le développement des personnes ayant vécu une

expérience psychiatrique et côtoyé les professionnels des services institutionnels.

Comment vivent ces personnes aujourd'hui? Quels sont leurs moyens de survivre et de s'affirmer, grâce aux mouvements d'entraide en particulier? Quel sens prend le quotidien de ces groupes? Voilà quelques-unes des questions qui ont retenu notre attention tout au long de cette étude, et dans ce chapitre-ci en particulier. Nous résumons ici les propos des personnes interrogées que nous regroupons sous quatre rubriques :

- les parcours qui mènent à l'entraide,
- les groupes d'entraide, un abri et un lieu d'épanouissement,
- les diverses formes d'entraide, et
- quelques caractéristiques de cette approche d'intervention.

Les parcours qui mènent à l'entraide

Bien que les neuf personnes interrogées aient actuellement recours à une forme quelconque d'entraide et la considèrent comme très importante dans leur quotidien, chacune y est parvenue en empruntant des itinéraires fort différents. Pour l'une, c'est presque par accident qu'elle a entendu parler d'un tel groupe; pour une autre, une amie l'y a amenée, ou un professionnel l'y a envoyée, alors que pour trois autres, il s'agit en fait de leur gagne-pain. Chacun d'eux a contribué à former un groupe et y travaille à temps plein depuis quelque temps. Dans la majorité des cas, c'est une recherche d'approches différentes et parallèles à la psychiatrie qui a amené les gens à former un groupe d'entraide ou à y adhérer.

Pas de cheminement uniforme, donc, pour en arriver à ce carrefour, mais bien un ensemble de circonstances, de détours ou de hasards qui ont permis à plusieurs exclus de se

retrouver sous un même toit, autour d'une même table, à partager des préoccupations similaires.

Les groupes d'entraide, un abri et un lieu d'épanouissement

Pour les personnes dont le réseau primaire ne suffit pas à combler les besoins et qui ne sont pas satisfaites des résultats des interventions professionnelles, les groupes d'entraide constituent une ressource d'une importance considérable, sinon capitale. Pour elles, il s'agit d'un abri, d'un refuge qui les aide à faire face aux difficultés du quotidien; grâce à ces groupes, elles vont échapper à la marginalisation, à l'internement et même au suicide. Les récits montrent clairement que la participation aux groupes d'entraide est le principal élément stabilisateur pour la majorité des personnes interviewées. C'est ce qui leur permet de vivre en société, de s'accepter, de se valoriser.

Ces neuf personnes décrivent, en termes fort élogieux d'ailleurs, ces centres d'accueil où on se sent chez soi, où il existe un rapport égalitaire, à l'abri de la compétition et des jugements de valeur d'une société en quête d'exclusion. C'est grâce à ces réseaux que les participants peuvent résister à la marginalisation et s'appuyer mutuellement, s'exprimer en toute liberté, même sur des sujets très personnels. Ils y partagent des opinions et des sentiments qu'ils n'oseraient pas exprimer ailleurs sans craindre la sanction sociale. Ils y sont heureux de la tolérance et de la compréhension manifestées par les participants et participantes ainsi que par les animateurs ou coordonnatrices.

En somme, il s'agit d'un lieu très particulier, presque sacré, qu'ils regardent avec respect; c'est tout à fait un groupe auquel ils sont fiers d'appartenir. Chacun reconnaît, à sa façon, qu'il y existe une énergie spéciale (l'expression est de Lorraine), faite de partage et de solidarité bien plus que fondée sur les subventions ou les discours professionnels.

L'image de la famille revient souvent pour qualifier ces regroupements; on s'y sent comme «en famille», mais sans les contraintes associées à la famille biologique dont la plupart d'entre eux ont été victimes.

Les diverses formes d'entraide

Selon les récits recueillis, les distinctions entre les services psychiatriques, l'aide institutionnelle et l'entraide ne sont pas les mêmes pour toutes les personnes interrogées.

Toutes sont d'accord pour placer dans une catégorie à part les services institutionnels, avec leurs diagnostics psychiatriques et les interventions contraignantes de cette médecine de l'âme. Cependant, certaines vont parler sans distinction des autres services (centres de jour, services psychologiques et sociaux, etc.) et des réseaux d'entraide; elles classent tous ces services dans une catégorie qu'elles voient d'un bon œil. C'est le cas des quatre résident-e-s au Nouveau-Brunswick, soit Hermance, Lorraine, Bernard et Serge, qui ne semblent pas faire de distinctions ou noter de grands clivages entre les services para-psychiatriques et les mouvements alternatifs d'entraide.

Les personnes interrogées résidant au Québec, par contre, sont plus catégoriques : pour elles, l'entraide vient en tête de liste, et tous les autres services font partie d'une autre catégorie : les approches professionnelles et paraprofessionnelles sont fondées sur le modèle médical, même lorsque les services sont offerts en milieu ouvert.

Quant à la participation à ce genre de groupe, elle est vécue de façon fort différente selon le rôle que l'on joue à l'intérieur du centre. Pour les participant-e-s, il est important de pouvoir se confier à «une oreille qui écoute», de pouvoir se sentir solidaires dans les difficultés, et de partager leur vécu. Les trois animateurs et animatrices, quant à eux, perçoivent leur rôle comme étant très particulier : ils se situent à mi-chemin entre l'ami et l'aidant professionnel.

Alfred affirme par exemple qu'il «professionnalise son amitié». Pour ces derniers, l'entraide peut même être une expérience à sens unique, c'est-à-dire qu'ils prodiguent conseils et encouragements mais ne se sentent pas complètement libres d'exprimer leurs préoccupations. En ce sens, le réseau répond davantage aux besoins des participants qu'à ceux des coordonnateurs qui sont, rappelons-le, des personnes également à la recherche d'aide. À titre d'exemple, rappelons cette remarque d'Alfred, qui s'inquiète de devenir épuisé, tout comme les professionnels. Pour parer à cette éventualité, il prend des moyens pour limiter les interventions en dehors des heures de travail. Les intervenants de carrière prennent aussi des mesures du genre et pour des raisons similaires.

Une forme d'intervention concrète

L'entraide est une réalité concrète qui se vit. Conduire quelqu'un à un rendez-vous, donner une cigarette à celle qui n'a plus le sou, aider un copain à déménager, héberger celle qui est sans logis, voilà les formes concrètes qu'emprunte l'entraide au quotidien.

L'entraide ne donne pas lieu à une relation intellectualisée; les gens interrogés en font une expérience concrète et ont peine, à part Alfred peut-être, à exprimer en langage abstrait leur vie quotidienne. Les rapports y sont chaleureux, familiers et fondés sur les nécessités de l'«ici et maintenant». Survient une crise et l'on s'en occupe; elle devient l'affaire de tous. On vit au jour le jour et l'on fait face, en groupe, aux difficultés du moment. C'est pourquoi on ne cache rien à ce réseau, et c'est ce qui explique le rapport d'interdépendance qui s'y crée et qu'on aime.

Nos acteurs sociaux sont conscients des forces de l'entraide; Alfred dira encore : «Je peux faire des choses que le psychiatre ne peut pas faire», exprimant ainsi la conviction que son rôle est très particulier, thérapeutique, dans le plein sens du mot.

Enfin, pour des gens qui ont beaucoup de temps, (seuls les trois coordonnateurs touchent un salaire), le réseau constitue un centre d'accueil, un «drop-in» où l'on peut venir passer du temps plutôt que de se ronger les ongles devant le petit écran. C'est un endroit important de socialisation, et, dans le contexte des personnes sans travail, un passe-temps valorisant.

Il importe de souligner le rapport prosaïque, non idéaliste à l'entraide qu'entretiennent tant les coordonnateurs que les membres des réseaux de solidarité. Contrairement aux discours de plusieurs professionnels qui sont soit extrêmement élogieux, soit très critiques vis-à-vis de ces services, les entraidants présentent ce mouvement comme une planche de salut extrêmement importante bien que limitée. Par exemple, Simon-Pierre nous dira : «L'entraide ouvre bien des portes mais il ne faut pas se frotter la bedaine avec ça.» Il est conscient qu'une telle ressource ne peut pas régler tous les problèmes. Hermance considère que pour certaines personnes qui ont des problèmes très sérieux, le groupe à lui seul n'est pas en mesure de les aider. Alfred est très conscient des risques de l'épuisement. On ne peut pas être ouvert et disponible tout le temps, nous dit-il. Et Simon-Pierre rappelle que certaines personnes ont plus d'affinités entre elles qu'avec d'autres.

Les entraidants et entraidantes se sont créé un lieu d'interdépendance. Contrairement aux professionnels, ils ne visent pas l'indépendance complète. Ils et elles savent qu'ils ont besoin de s'appuyer sur des ressources et un réseau dynamique pour survivre. Ces ressources sont humaines bien plus que matérielles. Les groupes d'entraide permettent de diversifier et d'élargir leurs sources de dépendance. Ce qu'ils et elles préfèrent sans doute, ce sont les rapports non contraignants qui se créent à l'intérieur du groupe. «Si ça clique pas, pourquoi se forcer», nous dit Simon-Pierre. C'est un lieu de solidarité où l'on ne nie pas l'individualité. Cette caractéristique distingue sans doute

nettement le réseau d'entraide et le réseau primaire, en particulier le milieu familial.

Ces quatre thèmes nous permettent de conclure que l'entraide constitue un élément stabilisateur de première importance pour des gens vulnérables, en quête d'identité et d'appartenance. Ils y retrouvent un complément qui comble le vide de leur existence. La possibilité d'appartenir à un réseau les valorise; ils peuvent s'identifier à un groupe et, en cas de difficultés, y recourir rapidement et en toute confiance. C'est un réseau fragile aussi, il va sans dire, car il dépend des animateurs du groupe, sans compter qu'il doit sa survie aux subventions provinciales renouvelées annuellement dans plusieurs cas. En fait, il est plus facile pour le Trésor public de restreindre le soutien financier de ces réseaux que de s'en prendre aux services institutionnels.

CONCLUSION

LA DÉBROUILLARDISE SOCIALE ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE

On ne peut s'entraider que trop peu et souvent, hélas, de manière insuffisante et maladroite.

A. Gide

Après avoir passé au crible ces entretiens et avoir tenté d'en dégager un sens et certains traits caractéristiques, nous concluons cette étude en exposant quelques dénominateurs communs de l'analyse.

Au départ, nous voulions saisir l'importance des réseaux d'entraide pour les personnes aux prises avec des problèmes dits psychiatriques. Pour ce faire, nous nous sommes employés, grâce à ces neuf récits, à mesurer l'importance des réseaux formels et informels qui contribuent à rendre la vie agréable, sinon tolérable, à des personnes dont le passé est chargé de difficultés et de naufrages.

Quels systèmes de débrouillardise sociale, pour reprendre l'expression de Paul Grell, utilisent-elles ou créent-elles pour survivre? Comment peuvent-elles, individuelle-

ment et collectivement, endurer une réalité quotidienne dépourvue de la plupart des gratifications dont jouit la majorité de la population (travail, salaire, statut social et familial, participation à divers projets de société, etc.). En fait, comment réussissent-elles à survivre dans une société qui tolère mal toute forme de déviance ou de marginalité, dans une société qui nie et exclut les problèmes et les malaises mentaux, à l'image du réseau familial qui n'a pas su reconnaître ou accepter l'expression des malaises de ces personnes? Comment peut-on arriver à survivre malgré ces menaces d'exclusion? Comment donner un sens à sa vie lorsque tout porte à conclure au non-sens, à l'inutilité sociale?

Notre analyse révèle clairement que l'entraide au quotidien prend absolument un sens pour ces personnes. Alors que ni les réseaux familiaux, ni l'aide professionnelle n'ont su répondre à leurs besoins existentiels, ces neuf personnes se sont tournées vers l'entraide, soit comme solution de rechange, soit comme complément aux formes traditionnelles d'intervention. Elles ont trouvé abri, sécurité, appui à l'intérieur de ces groupes et ont ainsi commencé à se refaire un projet de vie autour d'un nouveau réseau. Est-ce une société souterraine qu'elles se sont formée, d'après une contre-culture, rejetant les valeurs industrielles liées au statut social et au travail? Réussissent-elles, grâce à des groupes de solidarité, à neutraliser les rapports de domination et d'oppression dont elles sont la cible? Sans trop idéaliser leur situation, nous est-il permis de suggérer que ces personnes atteintes de «maladie mentale» peuvent non seulement survivre, mais s'épanouir (tout est relatif) dans une société qui a du mal à reconnaître et à accepter leur différence? Serait-il possible qu'elles puissent maintenir un état de santé mentale stable en dehors de la relation thérapeutique proposée par les professionnels? Certains récits de vie nous portent tout au moins à soulever ces questions.

En s'affirmant de la sorte, ces neuf personnes nous ont confié quelques idées que nous croyons important de reprendre en guise de conclusion. Voilà pourquoi nous soulignons les critiques qu'elles formulent à l'égard de l'aide professionnelle et nous proposons quelques modifications qui s'imposent à la formation professionnelle en service social.

Les stratégies de survie dans un contexte de vulnérabilité

Afin de faire face aux difficultés du quotidien, ces acteurs et ces actrices utilisent plusieurs éléments de survie.

- Les personnes rencontrées maintiennent des liens avec leur **réseau familial** où elles peuvent puiser – en cas d'urgence en particulier – certains éléments stabilisateurs de base. Toutes peuvent compter sur un abri si elles sont dans la rue; plusieurs ont des contacts soutenus et positifs avec leurs parents, et avec leur mère en particulier. Cependant, elles ont aussi pris une certaine distance par rapport à ce même milieu et ont acquis une certaine indépendance face aux pressions possibles de la famille. En somme, ces hommes et ces femmes peuvent compter sur leur réseau primaire, mais doivent aller chercher ailleurs une réponse à leurs besoins socio-affectifs réels. Leurs liens avec leur **réseau d'amitié** ont, pour la plupart, été rompus lorsqu'elles ou ils n'étaient plus en mesure d'accomplir des activités sociales «normales». C'est grâce aux groupes d'entraide qu'elles ou ils se sont reconstruit un réseau d'amitié.
- Plusieurs sont allés chercher dans les **ressources professionnelles** certains éléments stabilisateurs nécessaires à leur survie. Ils ont tous - à l'exception de Denise - pris un certain recul et acquis une indépendance relative face à la psychiatrie; par ailleurs, plusieurs peuvent se fier à *certaines* ressources institutionnelles en cas de difficultés. Alfred voit encore régulièrement

son psychiatre et Lorraine se sent libre de téléphoner à son infirmière. L'établissement peut apporter abri et nourriture en cas d'urgence, etc.

- Leurs rapports à l'**entraide** permettent à ces personnes de vivre une expérience d'appartenance. Elles y retrouvent un milieu chaleureux, sécurisant, où elles reçoivent un appui inconditionnel, un peu comme un milieu familial idéal, mais sans les contraintes et obligations que cette dernière structure impose souvent en retour. En somme, elles font partie d'un groupe qui les accepte et les valorise et sur lequel elles peuvent compter pour obtenir un appui émotif et même matériel. Par contre, ces individus s'adressent aux services institutionnels pour satisfaire d'autres besoins (médicaments, urgence, etc.).

Nous avons été étonnés de les entendre avouer qu'ils ou elles prennent des médicaments ou même consultent un psychiatre, alors qu'elles sont souvent opposées aux traitements médicaux ou psychiatriques. D'autres vont appeler une infirmière d'un centre de jour alors que le groupe d'entraide est à leur portée. Nous avons constaté que chaque personne évalue les ressources dont elle a besoin pour survivre et s'emploie à les obtenir, en évitant le plus possible de tomber dans le piège de la dépendance institutionnelle et de se fier uniquement aux réseaux d'entraide. En ce sens, leurs réseaux personnels ne sont pas exclusifs : chacun et chacune sait s'adresser, instinctivement sans doute, aux institutions mais plutôt aux personnes en mesure de répondre davantage à leurs besoins du moment. Car même lorsqu'elles parlent du psychiatre, de l'infirmière ou de la travailleuse sociale, c'est beaucoup plus leur chaleur humaine, leur «oreille» qu'elles reconnaissent et apprécient, plutôt que leur compétence professionnelle. À cet égard, le concept de débrouillardise prend un sens holistique – ce que nous n'avions pas prévu au départ.

Deux récits ne correspondent toutefois pas entièrement à cette stratégie globale des acteurs et comportent chacun un élément non retenu jusqu'ici dans l'analyse. Dans le cas de Bernard, nous n'avons pas approfondi son rapport à la religion et le sens que prend la Bible dans sa vie. Ceci constitue en fait l'élément stabilisateur de sa vie. Nous n'avons pas non plus analysé les interventions des professionnels à ce sujet, qui l'ont invité tantôt à lire plus, tantôt à cesser toute lecture ou encore à se concentrer uniquement sur un genre de lecture.

Dans le cas de Denise, nous avons souligné que c'est tout l'appareil institutionnel et psychiatrique qu'elle accepte et valorise. Son attitude de soumission et d'acceptation peut s'expliquer, en partie, par un séjour institutionnel de quinze ans; elle a aussi subi au départ des électrochocs qui l'ont «aidée» à surmonter le choc initial de l'internement. Enfin, elle s'est formée, à l'intérieur de cet établissement, un réseau quasi familial qui la valorise et semble répondre à ses besoins. Sous plusieurs aspects, nous considérons que Denise constitue notre «cas négatif».

Trois autres constats s'imposent sur des questions que nous n'avions pas posées au départ, mais qui ressortent clairement des récits : à notre avis, le rapport au travail et au mariage, de même que la situation de la femme au foyer semblent contredire de nombreuses croyances populaires reprises d'ailleurs par beaucoup de professionnels. Voici ce que nous pouvons avancer, à titre de suggestion, pour des recherches ultérieures sur ces sujets.

LE TRAVAIL : tous et toutes ont pris du recul par rapport aux contraintes imposées par le monde du travail. Trois ont un emploi rémunéré de coordonnateur des activités d'un groupe d'entraide. Tous les autres tirent un maigre revenu des programmes d'assistance. Dans la majorité des cas, c'est un choix, pour ne pas «saigner sa vie» comme l'affirme Simon-Pierre. Ces personnes ont-elles choisi de vivre sans les contraintes associées à notre société indus-

trielle? De toute évidence, leur vie n'est pas centrée sur des habiletés ou préoccupations liées aux exigences du monde du travail, mais basée sur le partage des expériences interpersonnelles. Il en découle par ailleurs une vulnérabilité économique; le moindre imprévu peut être catastrophique et met en cause leur fragile équilibre tant financier qu'émotif. Vivre sans emploi rémunéré - avec les conséquences que cette condition impose - est plus harmonieux pour ces derniers que de faire face aux contraintes et contradictions du «monde du travail». Quant aux trois coordonnateurs, le genre de travail qu'ils ou elles font les met relativement à l'abri de la concurrence et de nombreuses contraintes institutionnelles.

Les entraidantes vivent le quotidien, à l'intérieur d'un réseau. Elles ne se préoccupent pas beaucoup de l'avenir. Les récits traduisent peu de préoccupations à ce sujet. C'est au jour le jour qu'elles vivent leurs expériences, sans trop s'inquiéter du lendemain, sans rêver non plus à une situation idéalisée. Leur survie ainsi que celle du réseau sont capitales. Quant au reste, ils ou elles s'organisent. Les repas populaires viennent combler les déficits des fins de mois, les amis ou les amies sont compréhensifs et accueillants et la famille peut toujours les dépanner en cas de besoin.

LE MARIAGE : pour pratiquement aucune des personnes interviewées, le mariage ne semble constituer un élément stabilisateur. En fait, deux personnes (deux femmes) vivent actuellement avec un conjoint, deux autres sont séparés et les cinq autres n'ont pas mentionné avoir de liens affectifs stables. Quant à une personne mariée, Lorraine, à la lecture de son récit, il est certes possible de prétendre que ses relations maritales ont un effet assez négatif sur son développement personnel et sur sa santé mentale. Dans le cas d'Hermance, elle ne fait aucune mention de son mari dans son entretien. Elle tire son appui d'une amie à qui elle se confie librement. Quant aux deux personnes séparées, il est facile de constater que la situation actuelle est préférable

aux contraintes maritales qu'elles ont connues antérieurement. Pour diverses raisons, les autres n'ont pas de partenaires stables avec lesquels elles partagent leur quotidien. Il est toutefois difficile ici de généraliser en se fondant seulement sur quelques récits; cependant, l'observation reste à souligner et vient confirmer les limites de l'institution du mariage pour cette catégorie de population.

De plus, nous remarquons que ces gens se sont construit un milieu alternatif, qui conteste en quelque sorte trois valeurs de notre société : la famille, le travail et le mariage. L'insuffisance des réseaux de base les a peut-être conduits à la psychiatrie, mais cette expérience les a incités, sinon forcés, à se créer d'autres réseaux, à forger un autre tissu social, certes fragile, mais capable de les mettre à l'abri de rechutes éventuelles. Ici encore, la débrouillardise prime.

Ces personnes font preuve d'une grande force, d'un niveau de conscience et d'un esprit de solidarité qui leur servent d'appui dans le quotidien et qui contribuent à donner un sens à leur vie. Pour ce faire, rappelons que ce n'est pas seulement dans le réseau d'entraide qu'elles vont chercher le soutien, mais également dans le réseau primaire et même institutionnel. Ces deux derniers réseaux ont donc une importance pour elles; il ne faudrait surtout pas le négliger.

La situation des femmes, et celle de Lorraine en particulier, nous suggère aussi d'autres pistes de recherche sur les liens entre la famille, la situation des femmes, l'entraide et la santé mentale. Lorraine est la seule personne de notre échantillon à se dire ménagère. Elle semble frustrée de ce rôle et veut travailler à l'extérieur, se définir autrement que par son rôle de mère. Denise, par contre, a adopté une attitude très soumise devant les professionnels et conçoit davantage son rôle comme une bénévole au service de l'institution (l'administrateur est d'ailleurs content d'elle). À cause du nombre restreint de femmes interviewées, il nous est difficile de pousser plus loin cette réflexion sur le

rôle particulier des femmes dans ce contexte, sinon de suggérer que d'autres chercheur-e-s se penchent sur le bénévolat des femmes et sur les conséquences de ce rôle sur leur santé mentale.

L'intervention professionnelle et l'organisation bureaucratique des services

Même si notre recherche ne portait pas sur cette question, les témoignages évoquent très peu les services sociaux et les travailleurs sociaux. Pourtant, les personnes interrogées reçoivent ou ont toutes reçu des prestations ou des services de ce ministère. Fernand mentionne qu'*il suit sa travailleuse sociale, qui écrit tout et sait tout sur lui!* Dans l'un ou l'autre témoignage, on s'adresse au travailleur social au même titre qu'aux autres professionnels, à l'exception des psychiatres, qui font complètement bande à part. D'ailleurs, quand on parle des professionnels, il est souvent question des psychiatres.

Les professionnels ont un ensemble de connaissances trop théoriques, saisissent mal le vécu des «clients», de leur milieu de vie et de ses limites. «Il a lu mon quartier» nous rappelle Fernand. En fait, les professionnels, les psychiatres en particulier, médicalisent la condition des défavorisés sans tenir compte de leur contexte social. Vivant dans un monde à part, favorisés par leur éducation et leur statut (on va les chercher en Cadillac quand ils sont aux études! nous rappelle Fernand), ils traitent sans considération spéciale une catégorie de gens nullement comparables à eux, tant en ce qui concerne le statut social que les préoccupations quotidiennes.

Ils reprochent aussi aux professionnels la spécialisation et le fractionnement des tâches. À l'exception d'Alfred qui obtient un emploi grâce à l'intervention de son médecin de famille, on sent que les professionnels ne sont concernés que par la partie strictement clinique de leur travail; ils ne

se préoccupent pas de l'endettement de Jean-Pierre, ne pensent pas aux contraintes familiales de Lorraine lorsqu'ils la renvoient de l'hôpital, ne s'arrêtent pas aux dangers de jeter à la rue un groupe d'entraide, etc... Les professionnels ne s'acquittent que de la partie du travail pour laquelle ils ont reçu une formation. Ils oublient les contraintes socio-économiques des clientèles défavorisées. Par contre, l'individu en difficulté vit sa situation dans sa globalité et n'établit ni n'accepte ces divisions artificielles de responsabilités à son endroit.

Les personnes interviewées soulignent que les professionnels ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins et, peut-être même, d'apprécier les difficultés qu'elles doivent surmonter pour survivre. La thérapie est basée sur la capacité de verbaliser son état et la médicalisation du malade; quant aux nécessités de la vie (faillite, logement, moyens de transport) elles ne comptent pas et les clients en déduisent que ces aspects de la vie ne sont pas importants. «J'ai tout oublié, mais mes problèmes étaient encore là» rappelle Lorraine. Les professionnels présument, semble-t-il, que l'individu possède les ressources nécessaires pour faire lui-même les démarches que tout citoyen favorisé exécute; or, tel n'est pas le cas quand on est «au bout de sa corde». Et c'est justement ce que les participantes aiment des groupes d'entraide, et dans une certaine mesure, des centres de jour ou cliniques externes des hôpitaux. En somme, c'est la débrouillardise dans l'immédiat, dans la pratique qui compte pour ces gens, alors que les professionnels se concentrent davantage sur l'avenir et les considérations d'ordre plus théorique, abstraites.

Nous ne pouvons que rappeler la lourdeur administrative des organisations sociales : la prestation des services se fonde sur les principes du travail à la chaîne. Et quand une demande de service s'écarte de la norme, le système n'a que faire des réalités propres aux individus. Il continue son rythme de «production»! Alfred exprime ce sentiment

lorsqu'il lance que les groupes d'entraide reçoivent «ceux qui sont tombés dans les craques». À ce sujet, rappelons que les personnes interrogées disent que les centres de jour offrent des services beaucoup plus souples selon une approche plus globale.

Les conséquences de cette recherche pour la formation professionnelle

Voici enfin quelques leçons à tirer de l'étude qui ne sont pas dépourvues de pertinence pour la formation universitaire ou permanente.

Certaines limites sont inhérentes aux services professionnels; une barrière semble s'ériger presque automatiquement entre aidants et aidés, et même les coordonnateurs des groupes d'entraide formulent des remarques à cet égard. Étant semi-professionnels, ils ou elles doivent prendre une certaine distance par rapport aux membres des groupes.

À ce titre, il faudrait rendre les étudiants et étudiantes conscients des limites de la formation professionnelle et les sensibiliser au caractère délicat d'une intervention au cours de laquelle les deux interlocuteurs sont, de par leur statut, très inégaux.

Quelle qu'en soit la raison, les intervenants et intervenantes professionnels se considèrent souvent comme très importants. Ils estiment être au centre du réseau d'intervention et constituer le pivot autour duquel gravitent les aidés et les autres professionnels. En fait, chacun a son importance, mais elle est relative. Cependant, d'après les récits, ce ne sont pas les professionnels qui contribuent le plus à aider les individus en difficulté. C'est presque une leçon d'humilité pour les professionnels de l'aide... Il faut au moins admettre les limites de nos capacités de changer de façon significative l'état des défavorisés. Il faudrait en tenir compte clairement dans la formation professionnelle et dans les cours d'intervention en particulier. De plus,

force nous est de reconnaître que leur mode de vie comporte une bonne dose de créativité et de débrouillardise; en ce sens, nous n'avons rien à leur apprendre, bien au contraire... Au demeurant, les défavorisés ont davantage tendance à constituer des groupes d'entraide que les professionnels.

Dans cette ligne de pensée, il faudrait axer les cours d'intervention beaucoup plus sur une prise en charge par le milieu ainsi que sur la coordination, plutôt que sur le contrôle des ressources communautaires disponibles. Il faudrait contribuer à créer ces services plutôt que de tenter de perpétuer un rapport de dépendance vis-à-vis des professionnels de l'aide. Les réseaux communautaires sont en mesure de mieux comprendre les besoins immédiats des individus et ont prouvé qu'ils sont capables d'y répondre de façon plus efficace. Pourquoi alors ne pas encourager, et vivement, le recours à ces ressources? Pourquoi ne pas former les étudiants et les étudiantes à intervenir pour défendre ces groupes et à y participer, au lieu de les ignorer, de les boycotter ou de les discréditer sans évaluer leur effet?

À tous les niveaux, tant dans le cadre de la formation que dans les milieux administratifs, il importe de reconnaître le rôle primordial que joue l'entraide pour les personnes défavorisées. Actuellement, ces groupes subissent des pressions politiques et financières très sérieuses. Très peu de professionnels sont là pour les défendre, les appuyer ou valoriser leurs efforts. Pourquoi ne pas reconnaître ces réseaux, sans se sentir menacé par cette nouvelle ressource?

Les intervenants en service social doivent faire montre de plus d'imagination. Actuellement, la formation est plutôt axée sur la transmission des connaissances jugées essentielles à l'intervention professionnelle; or, ce modèle de formation est, de l'avis de plusieurs, dénué d'imagination. Il invite peu à la créativité et contribue davantage au maintien d'un certain statu quo. Que faire en cas d'urgence, comment s'y prendre, au besoin, avec les organismes bureaucratisés pour effectuer les changements qui s'impo-

sent? Peu de formateurs et de formatrices s'intéressent à la question et peu de cours traitent de cette réalité. De telles interventions pourraient faire de nous des spécialistes des modèles d'intervention alternatifs et nous permettraient de nous porter à la défense des défavorisées, en reconnaissant les difficultés auxquelles elles font face.

Il faudrait repenser le volet «pratique» de la formation à la lumière des observations et des ressources de la clientèle. Force nous est d'admettre ici aussi que l'imagination, la créativité et la débrouillardise ne sont pas souveraines dans les écoles de formation. C'est souvent malgré les professionnels et les institutions que la société évolue. Très souvent, la clientèle est d'avis que les intervenants sont plus nuisibles qu'utiles. Et on reproche constamment aux professionnels de ne pas avoir suffisamment de connaissances pratiques, de ne pas connaître le contexte de vie des «assistés et assistées».

Les étudiants et étudiantes s'inscrivant à une formation professionnelle ont rarement une expérience concrète des problèmes sociaux. L'immersion totale dans ce genre de milieu pourrait constituer un préalable à la formation dite professionnelle.

Enfin on devrait chercher des contextes non traditionnels de stages qui comporteraient des mesures d'évaluation différentes, effectuées cette fois par les aidés et aidées et répondant aux situations et aux conditions particulières d'intervention. Il faudrait en somme réinventer l'approche communautaire des services.

Il importe, en dernier lieu, de sensibiliser la clientèle étudiante au danger de récupérer les mouvements d'entraide. Si la reconnaissance des réseaux de solidarité va de pair avec leur institutionnalisation, la spécificité de ces ressources risque d'être sérieusement compromise. Les personnes aux prises avec le pouvoir de la psychiatrie ont peu de temps et d'énergie à investir pour répondre aux normes

de la bureaucratie institutionnelle. Leur action est entièrement orientée vers le service direct. Si les entraidants doivent faire l'objet d'une évaluation et justifier leurs actions, l'efficacité même du service en souffrira grandement à mesure qu'il se bureaucratisera.

Il nous semble que quelques questions clés se dégagent lorsque nous tentons de retenir les messages que nous transmettent ces témoignages :

- Comment, dans la formation professionnelle, pouvons-nous tenir compte de la débrouillardise sociale et des stratégies des acteurs sociaux sans récupérer les mouvements d'entraide?
- Comment pouvons-nous, en tant que professionnels et professionnelles, participer à la prise en charge par le milieu sans récupérer les efforts des acteurs déployés en ce sens?
- Comment tenir compte dans la formation des enjeux liés au bénévolat et à l'entraide tout en respectant le dynamisme des réseaux de base? Au fond, comment accepter que si les services d'entraide pouvaient se développer dans de meilleures conditions, ils pourraient tout simplement remettre en question l'existence et l'utilité de l'intervention professionnelle?

Le sens de l'alternative dans nos sociétés en mutation

Les enjeux de l'entraide en santé mentale ne se limitent pas à ce champ, tant s'en faut. Ils constituent plutôt un signe, un exemple d'un mouvement social global qui vise à redonner à l'humain la place qui lui revient dans les organismes sociaux et les rapports «thérapeutiques».

Que ce soit les mouvements des autochtones, les analyses et les interventions féministes ou non sexistes, les revendications des groupes minoritaires ou les initiatives d'entraide en santé mentale, tous ces phénomènes peuvent être

des efforts parallèles, sinon conjugués, en vue de l'humanisation des rapports sociaux et d'une nouvelle conception de la justice et de l'égalité entre les personnes, les cultures et les nations.

> *L'expansion même du champ de la santé/maladie mentale, y compris les pratiques «alternatives», n'est-elle pas révélatrice d'enjeux sociaux plus larges où une certaine «qualité de vie» est profondément mise en cause par notre type de société technocratique [...]? À cet égard, la position de «l'alternative» permet de soulever plus explicitement les enjeux sociaux conflictuels qui peuvent favoriser l'émergence d'un «mouvement» plus large d'action culturelle autour de la défense de «l'autonomie» de la personne et de la santé, mouvement qui déborderait non seulement les pratiques «alternatives» identifiées comme telles, mais aussi le champ de la santé/maladie mentale. En ce dernier sens, les pratiques «alternatives» contribuent à la construction du champ des significations sociales susceptibles d'éclairer l'étude de l'émergence de «nouveaux mouvements sociaux».* (Rhéaume et Sevigny, 1987, p. 145-146)

Ces remarques corroborent les écrits d'un pionnier de l'entraide, qui avait perçu dans ce mouvement une caractéristique essentielle et un signe révélateur de la survie et du développement de l'espèce humaine. Pour Kropotkin, en effet, la montée de l'entraide signifie que nous assistons, voire que nous participons actuellement à une démarche de solidarité humaine, et à long terme à la survie de l'espèce.

> *Nos conceptions morales ont donc sans conteste pris naissance dans la pratique de l'entraide, qui remonte aux tous débuts de l'évolution; et nous pouvons affirmer que le soutien mutuel, et non pas les conflits entre les personnes, a joué un rôle plus important dans l'évolution morale de l'être humain. L'entraide (au sens large) pratiquée à notre époque nous permet de croire que la race humaine atteindra un niveau d'évolution*

encore plus élevé. (Kropotkin, édition 1989, p. 300, traduction libre)

Dans notre époque troublée par les controverses et les bouleversements sociaux, économiques et politiques, il peut être réconfortant pour les défavorisés, les minoritaires, les laissés-pour-compte de s'inscrire dans un mouvement qui vise à leur redonner espoir.

BIBLIOGRAPHIE

ALARY, J., (sous la direction de~), *Solidarités : Pratiques de recherche-action et de prise en charge par le milieu*, Montréal, Boréal, 1988, 245 p.

ARSENEAU, J. et al., *Psychothérapies, attention!*, Sillery, Québec Science, Éditeur, 1983, 223 p.

BERGER, J.-M., Le décapage de l'aide sociale. In *Dis-moi qui tu aides*, Projet interdisciplinaire science-théologie, Namur, Presses Universitaires de Namur, 1986, p. 129-156.

BILODEAU, A., *La violence conjugale : recherche d'aide des femmes*, Québec, Les publications du Québec, 1987, 147 p.

BOBGAN, M., *The Psychological / Way The Spiritual Way*, Minneapolis, Bethany Fellowship, 1979, 219 p.

BOURDIEU, P., *Le sens pratique*, Paris, Éditions de Minuit, 1980.

BURSTOW, B. et Dan Weitz, editors, *Shrink Resistant: the Struggle against Psychiatry in Canada*, Vancouver, New Star Books, 1988, 360 p.

CAILLÉ, A., La sociologie de l'intérêt est-elle intéressante?, *Sociologie du travail*, vol. 23 n° 3, juillet-septembre 1981, p. 257 à 274.

CHAUME, C., *Les pratiques alternatives en santé mentale au Québec : un portrait de notre différence*, Montréal, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 1988, 142 p.

FARQUHARSON, A., *Analyse du profil de compétences des professionnels œuvrant auprès des groupes d'entraide*, conférence présentée aux Sociétés savantes, Victoria, juin 1990.

GHYSENS, A.-C., De l'assistance individuelle à l'action communautaire.In *Dis-moi qui tu aides*, Projet interdisciplinaire science-théologie, Namur, Presses Universitaires de Namur, 1986, p. 29-39.

GRELL, P., *Étude du chômage et de ses conséquences–les catégories sociales touchées par le non-travail : Histoires de vie et modes de débrouillardise*, Montréal, École de service social, Université de Montréal, 1985, 440 p.

GRELL, P., *Le chômage, repères pour une problématique*, Montréal, École de service social, Université de Montréal, 1982, 42 p.

GRISCOM, C., *Time is an Illusion*, New York, Simon and Schuster, 1988, 221 p.

HILL, K., *Je vous aide en d'aidant*, Ottawa, Conseil canadien de Développement social, 1983.

KROPOTKIN, P.A., *Mutual Aid, a Factor of Evolution*, Montréal, Black Rose Books, 1989, 362 p. (Première édition, 1902)

LEMIEUX, R., (textes réunis par–), *Folie, mystique et poésie : textes du colloque*, Québec, GIFRIC, 1988, 269 p. (Collection Nœud)

MacLEOD, F., Symposium Coordinator, *Linkages : A Self-Help Symposium*, Vancouver, United Way, 1986, 31 p.

MAUSS, M., Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, in Marcel Mauss, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950, 389 p.

MOREAU, M., et al., *L'approche structurelle : un défi pour les éducateurs en travail social*, Montréal, École de service social, Université de Montréal, 1986, 92 p.

OLIVIER, C., *Group Work with People with HIV Infection*, Master's in Social Work Research Report, McGill University, 1989, 75 p. (inédit)

PETRAKIS, P.L., editor, *The Surgeon General's Workshop on Self-Help and Public Health*, Washington, D.C., U.S. Department of Health & Human Services, 1987, 60 p.

PLATTEAU, J.-M., La fonction euphémisante et mystificatrice de l'aide. In *Dis-moi qui tu aides*, Projet interdisciplinaire science-théologie, Namur, Presses Universitaires de Namur, 1986, p. 183-216.

POWELL, T.J., *Self-Help Organizations and Professionnal Practice*, Silver Spring, Md., National Association of Social Workers, 1987, 367 p.

RHÉAUME, J. et SEVIGNY, R., Les Enjeux sociaux de la pratique dite "alternative". In : *Revue canadienne de la santé mentale communautaire*, vol. 6, n° 2, automne 1987, p. 133-147.

ROSANVALLON, P., *La crise de l'État-providence*, Paris, Seuil, 1981, 183 p.

ROBICHAUD, J.-B., et C. Quiviger, *Des communautés actives*, Moncton, Michel Henry éditeur, 1990, 236 p.

ROMEDER, J.-M., *Les groupes d'entraide au Canada*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1982, 106 p.

ROMEDER, J.-M., et collaborateurs, *Les groupes d'entraide et la santé : nouvelles solidarités*, Ottawa, Conseil canadien de Développement social, 1989, 138 p.

SOUPCOFF, B., *Mutual Support: Towards Alternatives to the Mental Health Care System*, Master's in Environmental Studies, York University, 1985, 113 p. (inédit)

St-Amand, N. et Breau, A. (sous la direction de), La santé : au-delà du médical, numéro thématique, *Égalité : Revue acadienne d'analyse politique*, n° 21, printemps-été 1987, 217 p.

SZASZ, T. S., *Le mythe de la psychothérapie*, Paris, Payot, 1978, 310 p.

TALÉGHANI, M., *Identités sociales, identités culturelles. Solidarités sociales, solidarités culturelles*, compte-rendu de séminaire, France, 1982, inédit, 20 p.

The Self-Help Connection, *Speaking Out About Mental Health: A Needs Assessment*, Halifax, Canadian Mental Health Association, Nova Scotia Division, 1989, 128 p.

ZINMAN, S., Coordinating Editor, *Reaching Across: Mental Health Clients Helping Each Other*, Riverside, California Network of Mental Health Clients, 1987, 238 p.

Revues et bulletins de liaison portant sur l'entraide et la santé mentale :

Initiative, Conseil canadien de Développement social, Ottawa (Ontario).

Journal, Groupe de support émotionnel, Moncton (Nouveau-Brunswick).

Le Carpet-Soleil, Montréal (Québec).

Le Schizographe, Laval (Québec).

Our voice - Notre voix, Moncton (Nouveau-Brunswick).

SORTOF, Toronto (Ontario).

Without Restraint, Toronto (Ontario).

Le Conseil canadien de Développement social

Fondé en 1920, le Conseil canadien de Développement social (CCDS) est un organisme national indépendant à but non lucratif. Le Conseil encourage les citoyens à participer à l'élaboration de politiques sociales progressistes par des recherches indépendantes, des analyses de politiques, des consultations communautaires et la diffusion d'information.

Le CCDS est le seul organisme national dont le mandat et le secteur d'activités recouvrent tous les aspects du développement et de la politique à caractère social. Depuis ses débuts, le Conseil participe activement à l'évaluation des programmes actuels, à l'identification des améliorations nécessaires et à la promotion des solutions indispensables. Il s'est fait le porte-parole positif et non partisan de mesures sociales telles que les vaccins universels, les pensions, l'aide aux chômeurs, l'indemnisation des accidentés du travail, l'assurance-santé, l'aide juridique, les garderies, ainsi que le logement social et coopératif. Le Conseil a participé activement à l'élaboration du Régime d'assistance publique du Canada et du crédit d'impôt pour enfants; il a de plus appuyé les concepts du revenu annuel garanti, de l'entraide, du bénévolat et du développement des ressources communautaires.

Le CCDS est le seul organisme national de recherche, de politiques sociales et de représentation qui recrute ses membres parmi le public. L'information, les analyses, opinions et recherches produites par le Conseil découlent non seulement d'un travail technique hautement professionnel mais aussi de la réflexion et de l'expérience de membres qui représentent tous les intérêts promus par le Conseil.

Le CCDS compte des personnes intéressées et des représentants d'entreprises, de syndicats, de gouvernements, d'établissements, d'associations bénévoles, ainsi que d'organismes publics et privés offrant des services. Les membres du Conseil se réunissent chaque année afin d'examiner le programme et les activités financières du CCDS. Un bureau des gouverneurs composé de 39 membres bénévoles dirige les activités du Conseil. Les gouverneurs sont élus officiellement lors de la réunion annuelle pour un mandat d'un, deux ou trois ans.

Principal éditeur dans le secteur du développement social, le CCDS publie notamment des livres, des comptes rendus de recherches, des mémoires de politiques, des documents de réflexion, de même que quatre périodiques bilingues : Perception, magazine canadien sur le développement social; et trois bulletins nationaux trimestriels : Perspectives, sur l'actualité sociale nationale; Initiative, sur les groupes d'entraide et Vis-à-vis, sur la violence familiale.

Le siège social du Conseil canadien de Développement social est situé au 55, avenue Parkdale, Ottawa (Ontario) K1Y 4G1. Tél : (613) 728-1865; FAX: (613)728-9387. Le CCDS a aussi un bureau du Québec à Montréal, situé au 1074, rue Berri, Montréal, H2L 4X2. Tél : (514) 288-1687; Télecopieur : (514) 288-6723.

Le Conseil canadien de Développement social

Les adhésions

EN TANT QUE MEMBRE DU CONSEIL :

- vous appuyez des efforts visant à améliorer notre contexte social et économique;
- vous faites partie d'un réseau de personnes partageant votre engagement social;
- vous êtes tenu(e) au courant des idées innovatrices et de l'actualité.

DE PLUS, VOUS RECEVEZ :

- **Perception**, notre revue bilingue de développement social;
- trois bulletins trimestriels nationaux
  Perspectives, qui examine les questions, tendances et programmes sociaux au Canada;
  Initiative, qui s'adresse aux réseaux d'entraide;
  Vis-à-vis, qui fait le point sur l'actualité en matière de violence familiale;
- des tarifs préférentiels lors de votre participation aux conférences et aux ateliers du Conseil;
- des renseignements sur les nouvelles publications;
- le rapport annuel du Conseil;
- le droit de vote à l'assemblée annuelle;
- 20% de réduction sur tous les livres et les rapports.

CATÉGORIES ET FRAIS D'ADHÉSION

Particuliers:	
•étudiant	20 $
•membre	50 $
•membre bienfaiteur	100 $
Organismes:	
Budget annuel	
•moins de 100 000 $	75 $
•de 100 001 à 300 000 $	125 $
•plus de 300 000 $	200 $
•affiliés	500 $
Bibliothèques:	50 $
Municipalités:	
•par millier d'habitants (frais minimum 100 $)	2,75 $

Le CCDS est un organisme à but non lucratif enregistré comme œuvre de charité aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu. Les dons et les contributions financières feront l'objet de reçus aux fins d'impôt.

Pour devenir membre, veuillez envoyer votre nom, celui de votre organisme (le cas échéant), votre adresse complète, la catégorie d'adhésion et votre chèque à l'adresse ci-dessous :

Formulaire d'adhésion

Nom _____

Organisation _____

Adresse _____

_____

_____ Code postal _____

Categorie d'adhésion _____

Mode de paiement :

☐ _____ $ ci-joints

☐ Facturez-moi _____ $

☐ Visa

No. _____

Date d'expiration _____

_____
Signature

À retourner aux : Services aux membres du CCDS, 55, avenue Parkdale, C.P. 3505, Succ. C, Ottawa (Ontario) K1Y 4G1

Entraide et débrouillardise sociale

Au-delà de la psychiatrie

Néré St-Amand et Huguette Clavette

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ont souvent peu de choix : certaines restent dépendantes de leur famille d'origine, d'autres deviennent progressivement accrochées à un système psychiatrique qui les asservit. Existe-t-il d'autres possibilités? Ce volume explore de nouvelles pratiques centrées sur les réseaux d'entraide et de solidarité. Les auteurs nous présentent des extraits d'entretiens et de témoignages de personnes qui ont connu les soins institutionnels et qui tentent de se refaire une vie à l'abri d'un tel système.

Ces récits témoignent de la vitalité, de la créativité et de la débrouillardise de personnes qui aménagent leur existence en utilisant de manière sélective les ressources de la famille et celles de l'institution. C'est dans ce contexte que les réseaux d'entraide prennent toute leur signification et constituent l'outil priviligié d'accès à l'autonomie.

*Détenteur d'un doctorat en sociologie de l'Université de Nice, **Néré St-Amand** est professeur invité en service social, à l'Université d'Ottawa. Il est engagé dans la lutte pour les droits des personnes aux prises avec des difficultés «psychiatriques». Sa recherche d'alternatives l'a amené à se joindre au mouvement d'entraide. Son engagement pour la justice vise à redonner espoir aux gens, avec ou sans la psychiatrie.*

***Huguette Clavette** a une formation en sociologie et poursuit des études de doctorat en service social à l'Université Laval. Elle enseigne à l'École de service social à l'Université de Moncton. Ses champs d'intérêt portent sur les politiques sociales, les droits sociaux et les nouvelles solidarités.*

Conseil canadien de Développement social

ISBN 0-88810-411-1 (broché)
ISBN 0-88810-412-x (cartonné)